



Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità,
Programmazione Socio-Sanitaria
di concerto con l'Assessore al Welfare
per quanto attiene all'edilizia sanitaria,
di concerto con l'Assessore al Patrimonio
Ufficio di Comunicazione



RACCOMANDAZIONI
ELABORATE A PARTIRE DAI RISULTATI DEL PROGETTO
***“La ristorazione collettiva
negli ospedali e nelle strutture assistenziali per anziani:
sviluppo di buone pratiche”***

10 GENNAIO 2011

COSA SI TROVA NEL DOCUMENTO

IL PROGETTO	PAG. 3
Una breve descrizione del progetto “La ristorazione collettiva negli ospedali e nelle strutture assistenziali per anziani: sviluppo di buone pratiche” che ha portato all’elaborazione delle presenti raccomandazioni.	
RIFLESSIONI SUL SERVIZIO DI RISTORAZIONE SANITARIA	PAG. 4
I motivi che spingono a ripensare in modo olistico la ristorazione sanitaria.	
INDICAZIONI PRELIMINARI	PAG. 7
Le indicazioni utili a comprendere meglio il contenuto delle raccomandazioni.	
IL CONTESTO	PAG. 9
Il contesto generale e le caratteristiche ricorrenti nelle strutture interessate dal progetto.	
STRUTTURE VISITATE:	
RSA (RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI)	PAG. 10
OSPEDALI	PAG. 20
L’elenco delle strutture oggetto delle visite di approfondimento.	
RACCOMANDAZIONI DI:	
RSA	PAG. 11
OSPEDALI	PAG. 22
Il nucleo del documento si divide in due parti: la prima fa riferimento alle RSA e la seconda agli Ospedali. Entrambe le raccomandazioni sono suddivise nei diversi ambiti: <ul style="list-style-type: none">– caratteristiche generali: spazi, collaborazioni, sinergie;– aspetti organizzativo-gestionali: appalto e capitolato, personale e formazione, verifiche e monitoraggi;– aspetti dietetico-nutrizionali: prevenzione malnutrizione, struttura di dietetica, menu, pasto, utenti;– organizzazione della cucina e qualità dei prodotti: magazzini e prodotti, cucina.	
RINGRAZIAMENTI	PAG. 32
A chi ha contribuito allo svolgimento del progetto e ha permesso la realizzazione del presente documento.	

IL PROGETTO

Il progetto “La ristorazione collettiva negli ospedali e nelle strutture assistenziali per anziani: sviluppo di buone pratiche” nasce nel 2008 con l’obiettivo di fornire modelli e risposte concrete alle raccomandazioni emanate dal Consiglio d’Europa nel novembre 2002 per combattere la malnutrizione in ospedale, adottando buone pratiche inerenti il cibo, l’organizzazione della ristorazione, l’attenzione ai luoghi e ai tempi di somministrazione del pasto in ospedale e in casa di riposo.

Il progetto¹, sostenuto dal settore **CCM** (Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie) del **Ministero della Salute** è affidato all’**Assessorato Tutela della Salute e Sanità della Regione Piemonte**, che individua come responsabile scientifico Renata Magliola, coordinatore regionale delle attività di prevenzione. Quest’ultimo chiede la collaborazione, per la realizzazione del progetto, a **Slow Food Italia** in virtù dell’esperienza e della profonda conoscenza dell’associazione nel promuovere il diritto per tutti ad un cibo buono, che vada incontro ai bisogni e ai desideri di ognuno nel rispetto dell’ambiente e dei produttori e il cui valore nutritivo sia considerato tanto quanto quello culturale e conviviale.

La prima fase del progetto prevede, tra l’aprile e il giugno del 2009, la realizzazione di un’**indagine** conoscitiva sullo stato dell’arte della ristorazione sanitaria condotta su tutto il territorio nazionale². Al questionario, inviato via e-mail complessivamente a 937 referenti e responsabili di circa 800 strutture sanitarie in tutta Italia, rispondono 81 Ospedali e 67 RSA. Possiamo affermare che il risultato ottenuto è stato positivo nonostante il tasso di risposta sia stato influenzato da alcuni fattori, quali la difficoltà delle strutture a reperire alcuni dati, la scarsa sensibilità verso l’argomento e la modalità di compilazione del questionario (via internet).

Il questionario, diviso in quattro sezioni, raccoglie diverse informazioni. Prime fra tutte le informazioni generali della struttura esaminata, inclusi i dati strutturali e di consumo per valutare l’impatto ambientale del servizio di ristorazione; a seguire, i dati sulla qualificazione del servizio di ristorazione, sulla relativa organizzazione e gestione. Il questionario indaga inoltre le pratiche di screening e monitoraggio della malnutrizione dei pazienti, accerta l’impatto e i collegamenti dello stato nutrizionale con l’organizzazione e la gestione del servizio di ristorazione.

Tra le 148 strutture rispondenti all’indagine ne vengono selezionate 16 sul territorio nazionale per condurvi, tra aprile e giugno del 2010, delle **visite di approfondimento**. L’obiettivo di questa fase del progetto è quello di capire, attraverso il confronto diretto con gli addetti del servizio di ristorazione, i responsabili del Servizio di Dietetica e Nutrizione Clinica, i responsabili dell’Ufficio Economato e la Direzione Medico Ospedaliera, quali logiche e modelli organizzativi sono applicati nelle strutture che, dalle risposte del questionario, risultano essere più attente all’alimentazione dei pazienti come complemento alla cura medica.

Il presente documento rappresenta la sintesi dei risultati che il progetto ha raggiunto e delle conseguenti riflessioni emerse.

1. Il progetto è stato realizzato grazie al finanziamento del Ministero, come risulta nel capitolo 4393/ Anno 2007.

2. L’indagine, pensata e organizzata per essere condotta in tutta Italia, ha escluso l’Abruzzo a causa del terremoto verificatosi a pochi giorni dall’avvio della stessa.

RIFLESSIONI

Dai risultati dell'indagine svolta nel 2009 si evince che sia Ospedali che RSA sono raramente chiamati a fornire dati sul servizio di ristorazione e sull'alimentazione degli ospiti, aspetti considerati marginali rispetto alle esigenze cliniche. Infatti il Sistema Sanitario Nazionale comprende, fra i flussi informativi correnti, pochi e generici dati relativi alla ristorazione ospedaliera ed assistenziale, comunque non sufficienti a caratterizzarla nella sua complessità.

Dall'indagine emerge inoltre che c'è ancora una scarsa sensibilità nel mondo sanitario rispetto all'alimentazione dei pazienti come complemento alla cura medica, nonostante sia ormai indubbia l'importanza del pasto per il malato, in particolare se ospite di una RSA o di un reparto ospedaliero di lungo-degenza, come da più tempo sottolineato dalla letteratura e dalle ricerche nazionali e internazionali³.

Visto che la spesa affrontata per offrire il servizio di ristorazione ospedaliera è minima (ad esempio nell'Ospedale di Asti ammonta all'1-2% del bilancio totale) rispetto alle spese complessive sostenute da un'azienda ospedaliera o RSA, un investimento anche piccolo nel settore permetterebbe un sensibile miglioramento del servizio senza incidere pesantemente sui costi dell'azienda. Occorre iniziare a considerare la disattenzione all'alimentazione nella cura e nell'assistenza come origine di ben altri costi nascosti derivanti dall'aumento dei bisogni assistenziali conseguenti alla malnutrizione con prolungamento dei tempi di degenza, necessità di riospedalizzazioni e peggioramento della qualità della vita. Le esigenze ristorative dell'utenza di cliniche e ospedali (degenza breve) risultano per gli ospiti di case di cura e di riposo (lungo degenze) ancora più determinanti. In questo contesto il pasto assume un significato che va oltre il soddisfacimento di fabbisogni nutrizionali di calorie e nutrienti, ma diventa un'importante occasione di "relazione" e di scansione della giornata. L'alimentazione riveste infatti un ruolo essenziale, in particolare nel paziente anziano residente in una struttura residenziale, visto il progressivo diminuire di stimoli ambientali e il distacco dall'ambiente familiare. Molti sono i fattori che possono interferire con l'alimentazione, in particolare l'età avanzata, il quadro patologico, le alterazioni fisiologiche del metabolismo e della capacità di alimentarsi, ai quali si aggiungono difficoltà psicologiche. Tutti questi elementi possono contribuire al peggioramento della qualità di vita e dello stato nutrizionale dell'ospite e incidono sulla prognosi clinica aumentando i rischi di morbilità e mortalità.

Non bisogna poi dimenticare che i ristoranti aziendali ospedalieri sono ambienti del tutto comparabili con le formule della ristorazione commerciale, dovendo spesso accogliere commensali eterogenei e con le esigenze più varie quali pazienti, parenti, ospiti, imprese esterne, studenti e tirocinanti.

In effetti, l'oggetto della ristorazione non è solo il "cibo", ma il pasto, cioè quel servizio complessivo che non si limita agli alimenti consumati, ma comprende la situazione ambientale, la qualità del servizio e l'attenzione alle esigenze dell'utenza. Infatti, solo considerando il pasto nella sua complessità di aspetti nutrizionali, culturali, gastronomici e psicologici potrà essere raggiunto l'obiettivo fondamentale di salute e di benessere del paziente, seguito da altri importanti obiettivi quali la sostenibilità ambientale, sociale ed economica.

La qualità risponde a specifici standard legati all'organizzazione, alla professionalità e alle caratteristiche del cibo che compone il pasto.

I vantaggi attesi dal ripensare il servizio di ristorazione sanitaria in un'accezione più ampia, come poc'anzi illustrato, sono di vario tipo:

- 1) erogazione di un servizio più consono alle attese del paziente in termini di qualità, sicurezza, gradevolezza, finalizzato ad una maggiore umanizzazione del soggiorno ospedaliero e assistenziale;
- 2) sinergia tra i vari servizi aziendali interessati nel processo di produzione dei pasti, quali ad esempio la Direzione Medico Ospedaliera, il servizio Dietetico, il servizio Economato e il servizio Tecnico;
- 3) razionalizzazione delle risorse e dell'organizzazione interna.

3. Un caposaldo in letteratura è il documento **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

La qualità

La qualità di un servizio è definita dal grado con cui le caratteristiche del medesimo soddisfano i requisiti richiesti dal committente o comunque indispensabili alla sua erogazione. Nello specifico dei servizi di ristorazione collettiva, tali caratteristiche sono definite in fase di progettazione e diventano cogenti quando riportate in capitolato. È pertanto evidente che, in base alla pluralità di competenze che concorre a definire tali caratteristiche, si avrà una definizione di qualità del servizio diversa. Per questo motivo è auspicabile che in fase di definizione delle caratteristiche del servizio siano sentite più competenze e professionalità.

Gli elementi presi in considerazione in questo documento mirano ad una qualità complessiva del servizio che migliori la gradevolezza del pasto, la sostenibilità⁴ del servizio e l'umanizzazione del ricovero nelle strutture sanitarie.

Tali caratteristiche riguardano:

- materie prime
- pasto
- logistica
- modalità di distribuzione
- personale addetto
- attrezzatura e strumentazione.

In particolare gli elementi qualificanti il servizio di ristorazione sanitaria dal punto di vista ambientale e della sostenibilità sono: l'utilizzo di prodotti locali⁵ e di stagione⁶; biologici o provenienti da lotta integrata; di denominazione d'origine protetta (Dop); un sistema di prenotazione pasti e definizione dei menu che agevoli la diminuzione degli sprechi; un sistema per razionalizzare lo smaltimento di eccedenze e residui (raccolta differenziata, utilizzo stoviglie a rendere, destinazione delle derrate in eccedenza a organizzazioni non lucrative e di utilità sociale); una gestione logistica dei trasporti e delle derrate, dei pasti e delle restituzioni con mezzi di ultima generazione e senza viaggi a vuoto; l'utilizzo di strumenti e apparecchiature di cui si verifichi regolarmente l'efficienza e di cui si programmi l'ammodernamento nel tempo.

Dal punto di vista sociale, dell'attenzione al singolo e dell'economia locale saranno elementi qualificanti: l'utilizzo di prodotti tipici e a denominazione di origine (incluse le Dop), che rappresentino la tradizione gastronomica locale; l'utilizzo di prodotti provenienti dal mercato equo-solidale quando non disponibili sul territorio (per esempio ananas, banane, caffè, ecc.); l'elaborazione di menu che rispecchino le abitudini alimentari del territorio di riferimento; l'organizzazione della distribuzione del pasto in orari più concordi possibile con le abitudini quotidiane; il consolidamento di rapporti commerciali con i fornitori locali e la pianificazione di un sistema di acquisti da filiera corta⁷; la previsione, quando la condizione dei degenti lo consente, di distribuire e far consumare i pasti in uno spazio dedicato; la progettazione di attività di formazione del personale, finalizzate alla professionalizzazione e alla motivazione.

Per quanto riguarda poi la valutazione degli effetti sulla gradevolezza del pasto e del servizio offerto, saranno elementi qualificanti: la preferenza di derrate alimentari fresche, locali, stagionali, oltre che conformi alla merceologia di riferimento; la definizione di una quantità massima di prodotto surgelato utilizzabile, limitato a specifiche categorie merceologiche; la selezione dei prodotti conservati in relazione alla presenza/assenza di additivi e conservanti; la preferenza per l'impiego della materia prima al posto di lavorati o semilavorati dell'industria (solitamente più ricchi in grassi di scarsa qualità e più costosi); l'elaborazione di un menu a composizione bromatologica definita e rispondente alle necessità cliniche del degente, che sia sempre gradevole alla vista e al gusto; la scelta del sistema di produzione e distribuzione dei pasti più adeguato alle necessità e alle possibilità della struttura.

4. Nel 1987 la Commissione Mondiale sull'Ambiente e lo Sviluppo delle Nazioni Unite definisce per la prima volta, nel rapporto Brundtland, lo sviluppo sostenibile come: "lo sviluppo che deve rispondere alle necessità del presente senza compromettere la capacità delle generazioni future di soddisfare le proprie". Per estensione di questo concetto nel presente documento si fa riferimento alla sostenibilità di un processo o di un sistema per intendere la possibilità di ottenere i risultati attesi nel rispetto dell'ambiente e dei lavoratori.

5. Nel sistema di etichettatura ecologica pubblico europeo (Ecolabel), per i servizi di ricettività turistica, il prodotto è considerato locale se proviene da un raggio di 100 km. Un alimento è locale quando è prodotto (e non solo confezionato o distribuito) localmente.

6. Per prodotto di stagione ci riferiamo principalmente a prodotti ortofrutticoli locali ottenuti a pieno campo o in serre non riscaldate e non in idroponica.

7. Per *filiera produttiva* si intende la catena di passaggi produttivi esistenti dalla creazione della materia prima all'arrivo della merce al consumatore, includendo l'ultimo passaggio dell'acquisto. Una filiera sarà più lunga tanti più passaggi verranno effettuati per portare a compimento questo processo. Il concetto di *filiera corta* promuove un sistema in cui questi passaggi vengano ridotti al minimo. Nel settore agro-alimentare, significa inoltre eliminare passaggi che risultino penalizzare la qualità finale del prodotto, intesa come il soddisfacimento delle aspettative dei consumatori.

La programmazione

La ristorazione sanitaria dovrebbe essere oggetto di interesse da parte delle strutture ospedaliere e assistenziali per tutti i tipi di gestione del servizio (diretto e in appalto); delegarne la programmazione significa “appaltare” un importante ambito di salute. Le caratteristiche della fornitura ristorativa devono essere sottoposte alla stessa analisi critica riservata ad altre forme di assistenza e terapia.

Questo compito deve essere affidato a un team di esperti che ne possano valutare gli aspetti e le ricadute sotto diversi punti di vista, in modo complesso: le questioni da affrontare, infatti, sono diverse.

In primo luogo si rende necessario trovare gli indicatori per ottenere dei risultati di salute, consentendo per esempio la necessaria attività di prevenzione, diagnosi precoce e trattamento della malnutrizione. Le considerazioni sul rapporto tra cibo e salute devono tenere in considerazione anche aspetti quali la convivialità a tavola, il tempo dedicato al momento del pasto, il legame tra i piatti cucinati e la cultura che essi contengono. È chiaro che tale ragionamento implica l'assunzione di una maggiore responsabilità di chi programma il servizio di ristorazione e l'investimento di maggiori risorse per la sua realizzazione. In secondo luogo, è giunto il momento di considerare in modo più ampio il processo di realizzazione del pasto, concentrandosi anche sui costi ambientali e sociali che esso comporta. Le conseguenze sulla salute dell'ambiente, derivanti dalle scelte politiche ed economiche, incidono direttamente sul benessere dell'uomo. Per questo è necessario prevedere azioni concrete che possano ridurre al minimo tali effetti, secondo un approccio di valutazione costi/benefici che dia un valore numerico ai costi nascosti derivati dalla mancata valutazione delle conseguenze ambientali.

Le seguenti raccomandazioni sono il frutto dell'esperienza maturata, con l'indagine e con le visite, sul territorio. Le indicazioni in esse contenute hanno preso in considerazione anche altre linee guida sulla ristorazione collettiva emanate da enti locali, regionali e statali.

In particolare si segnalano i seguenti documenti:

- “Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera e assistenziale” del Ministero della Salute, pubblicate nel 2010
- Progetto di norma UNI⁸ “Servizi di ristorazione fuori casa - Requisiti minimi per la stesura di capitolato di appalto, bando e disciplinare” di prossima pubblicazione
- “Linee guida per la ristorazione ospedaliera” della Regione Lombardia pubblicate nel 2009
- “Nuovo manuale GPP⁹” a cura di Provincia di Cremona Settore Ambiente e Ecosistemi s.r.l., pubblicato nel 2008
- “Linee di indirizzo per la ristorazione nelle strutture residenziali extraospedaliere” della Regione Veneto pubblicate nel 2007
- “Proposte operative per la ristorazione assistenziale” della Regione Piemonte pubblicate nel 2007
- “Proposte operative per la ristorazione ospedaliera” della Regione Piemonte pubblicate nel 2007
- “Linee guida per l'integrazione dei requisiti ambientali negli acquisti – Alimenti e servizi di ristorazione” dell'ARPA¹⁰ Piemonte pubblicate nel 2006
- “Linee di procedura per un corretto approccio alimentare nell'anziano istituzionalizzato” della Regione Piemonte pubblicate nel 2005
- “Linee guida per la ristorazione nelle case di riposo” dell'Azienda Sanitaria Unica Locale delle Marche
- “Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione scolastica” del Ministero della Salute pubblicate nel 2010
- “Linee guida per la ristorazione collettiva scolastica” della Regione Piemonte, pubblicate nel 2002
- “Linee strategiche per la ristorazione scolastica in Emilia-Romagna” del Servizio Sanitario Regionale dell'Emilia-Romagna, pubblicate nel 2009

8. Ente Nazionale Italiano di Unificazione


9. Green Public Procurement

10. Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente

INDICAZIONI PRELIMINARI

Impatto ambientale


L'indagine condotta ha rilevato una mancanza di attenzione e consapevolezza sugli effetti ambientali del servizio di ristorazione.

 *Nell'indagine i dati relativi ai consumi energetici associati alla fase di produzione e distribuzione dei pasti (KWatt/ora e metri cubi di gas metano) sono stati forniti solo dal 18% delle strutture intervistate, probabilmente per la difficoltà di estrapolare il dato dalla spesa energetica complessiva della struttura o per l'indisponibilità di tali dati da parte di chi ha compilato il questionario.*


Tuttavia, ai fini del nostro studio non è possibile ignorare questa mancanza e proprio questa sede diventa luogo ideale per incoraggiare e promuovere l'elaborazione di metodi e strumenti volti a ridurre l'impatto ambientale dei servizi di ristorazione.

Il capitolato d'appalto è un importante strumento di progettazione che può consentire di controllare gli effetti ambientali dei servizi erogati, come del resto già evidenziava la comunicazione della Commissione Europea "Acquisti pubblici per un ambiente migliore" del 2008.


Gli elementi qualificanti per il controllo di tali effetti caratterizzano i diversi aspetti del servizio: la scelta dei prodotti, l'ammodernamento delle attrezzature di cucina, il corretto smaltimento degli scarichi, l'impiego di mezzi di trasporto di ultima generazione, la riduzione di eccedenze e residui. Nello specifico, il problema della gestione delle eccedenze e dei residui dovrebbe essere affrontato considerando prima di tutto la riduzione degli sprechi come la vera soluzione: menu rispondenti a esigenze reali; menu con un numero ridotto di scelte (ad ogni utente deve essere garantita la varietà dei pasti durante la settimana, mentre la scelta giornaliera può orientarsi su una gamma di preparazioni curata ma ridotta); gradevolezza delle preparazioni; sistemi di prenotazione dei pasti; piano di gestione delle eccedenze. I residui che in ogni caso risultano prodotti possono essere indirizzati attraverso la raccolta differenziata come organico e, se possibile, come compost.


 *Il 73% delle RSA e l'83% degli Ospedali rispondenti alla domanda sulla raccolta e gestione dei rifiuti non speciali ha indicato di fare la raccolta differenziata.*


Un'ulteriore possibilità per valorizzare le eccedenze alimentari è la loro distribuzione ad "organizzazioni riconosciute come organizzazioni non lucrative di utilità sociale"¹¹.

 *L'I.R.C.C.S.¹² di Genova conferisce i pasti non distribuiti alla mensa dei poveri.*

Invece, a proposito delle problematiche legate alla gestione dei rifiuti, in generale la prima soluzione sta nella loro riduzione a monte del processo, come per esempio: preferire beni strumentali a rendere (posate, bicchieri, piatti) e scegliere di eliminare l'acqua delle bottiglie di plastica; preferire nelle derrate alimentari la materia prima e il prodotto fresco, che necessitano di meno imballaggio. Inoltre, gli acquisti possono essere indirizzati verso prodotti in confezioni ecologiche: il materiale di consumo a perdere in plastica può essere biodegradabile, mentre quello in carta può provenire da filiere ecologiche certificate.

 *Le RSA prestano maggiore attenzione, rispetto agli ospedali, all'utilizzo di stoviglie a rendere: la percentuale di strutture in cui piatti, posate e bicchieri sono riutilizzabili si aggira intorno al 70%.*

 *Negli Ospedali coinvolti nell'indagine vengono invece adottate per il 53% stoviglie a rendere, mentre il monouso viene utilizzato prevalentemente per i bicchieri (65% degli ospedali). Rarissimi i casi in cui vengono utilizzate stoviglie monouso in biopolimero o in cellulosa, probabilmente in ragione della scarsa conoscenza di tali prodotti, del costo elevato o della difficoltà di reperimento.*

 *La maggior parte delle strutture rispondenti all'indagine (43%) usano acqua minerale nelle bottiglie di plastica.*

11. Art. 1, 25 giugno 2003, n. 155 "Disciplina della distribuzione dei prodotti alimentari a fini di solidarietà sociale" pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale*. 150 del 1° luglio 2003, detta "Legge del Buon Samaritano".

12. Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

I servizi di ristorazione sono caratterizzati da un notevole consumo di acqua, legato ad un ampio utilizzo di prodotti chimici per il lavaggio e la pulizia. Esistono alcuni prodotti, detergenti multiuso, per lavastoviglie, per piatti, per bucato, identificati dal marchio europeo (Ecolabel), che hanno un minore impatto sull'ambiente acquatico, sono privi di alcune sostanze pericolose e sono facilmente biodegradabili.¹³

Infine, a limitare il consumo di acqua e a ridurre l'impiego di detergenti concorre l'utilizzo di attrezzature di ultima generazione.

📄 *Il 66% delle RSA e il 69% degli Ospedali dichiarano di usare detersivi a bassa tossicità o ecologici.*

Nella fase di valutazione del processo, nella fase di progettazione come in quella di attuazione, è importante separare (e mantenerli tali) i costi del servizio di ristorazione: food cost, personale, utenze, e in ogni caso tutte le spese che riguardano i consumi energetici; ammortamento immobili e attrezzature. Questo sia per un uso più razionale delle risorse economiche, sia per una valutazione concreta degli effetti ambientali del servizio.

Aspetti nutrizionali

Molteplici situazioni cliniche (malattie acute, croniche, abitudini alimentari scorrette, assunzione cronica di farmaci che possono interferire con l'assorbimento e il metabolismo dei nutrienti, procedure terapeutiche quali radio-chemioterapia, ecc.) comportano una elevata probabilità di indurre alterazioni in senso negativo dello stato nutrizionale. Il 40-50% dei soggetti ricoverati in ospedale è a rischio malnutrizione¹⁴; i dati europei evidenziano una prevalenza di malnutrizione del 26-55% nei pazienti ospedalizzati e del 5-85% nei pazienti istituzionalizzati. Tra le principali cause della malnutrizione è emersa la scarsa qualità del cibo¹⁵.

È quindi di fondamentale rilevanza identificare in modo precoce i soggetti malnutriti o a rischio di malnutrizione, quando vengono ricoverati in ospedale o in RSA. Tale obiettivo è raggiungibile utilizzando metodiche di screening del rischio nutrizionale. Si tratta di test costituiti da pochi items, da compilare in presenza del paziente ed eventualmente di un familiare. La peculiarità di tali strumenti è la semplicità di compilazione: possono essere eseguiti da una qualsiasi figura sanitaria, opportunamente addestrata. In base al punteggio ottenuto, superiore o inferiore rispetto ad un valore soglia, identificano il rischio di malnutrizione e quindi forniscono l'indicazione ad effettuare una valutazione diagnostica più approfondita e ad avviare un programma nutrizionale specifico.

Esistono test validati dalle società scientifiche di settore: i più conosciuti ed utilizzati sono il MUST¹⁶ per i pazienti in comunità, il MNA¹⁷ per la popolazione anziana e il NRS-2002¹⁸ per i pazienti ospedalizzati.

Il test di screening nutrizionale dovrebbe di regola essere effettuato entro 48 ore dal ricovero e registrato nella cartella clinica o in un'apposita cartella nutrizionale.

13. Da Progetto Acquisti Pubblici Ecologici – Linee guida per l'integrazione dei requisiti ambientali negli acquisti finanziato dalla Provincia di Torino, Assessorato Sviluppo sostenibile e Pianificazione ambientale, Dicembre 2006.

14. Project Iatrogenic Malnutrition in Italy, progetto avviato nel 2003 dalla Federazione delle Società italiane di Nutrizione.

15. Indagine "Seneca" Euronut-SENECA 1989-1999

16. Malnutritional Universal Screening Tool for Adult

17. Mini Nutritional Assessment

18. Nutrition Risk Screening

IL CONTESTO

L'organizzazione delle strutture sanitarie dipende dai molti fattori strutturali e ambientali che ne definiscono il contesto.

La posizione geografica della struttura definisce il tipo di servizio da offrire all'utenza e le risorse a sua disposizione. La dimensione, intesa come numero di posti letto, determina il numero di impiegati e influisce sulla complessità organizzativa.

Come tutti i servizi, anche la ristorazione dipende dalle caratteristiche strutturali generali, alle quali si sommano quelle più specifiche quali la localizzazione della cucina e il tipo di gestione del servizio. Infine un aspetto fondamentale, a differenza di quelli precedentemente citati difficilmente prevedibile e quantificabile, è il contesto ambientale in cui i servizi nascono e si sviluppano, determinato da fattori culturali e relazionali. Tanto più la Direzione dialoga con gli addetti e vi è comunicazione e collaborazione tra operatori, tanto più il servizio sarà efficiente e percepito come tale dall'utenza.

Il contesto strutturale in cui ha preso forma il progetto ha le seguenti caratteristiche.

Le RSA hanno in media 121 posti letto e la cucina interna. Il loro servizio di ristorazione è in parte in appalto (4 strutture su 6) e in parte gestito direttamente.

Gli Ospedali hanno un numero di posti letto compreso tra 130 e 700. La media, di 358 posti letto per struttura, rispecchia il dato medio nazionale emerso dall'indagine. Il servizio di ristorazione è gestito sia in modo diretto che in appalto e la cucina è localizzata internamente ed esternamente.

L'importanza del contesto ambientale è emersa ed è stata confermata nello svolgimento del progetto, in modo particolare durante le visite di approfondimento.

Sono infatti state riscontrate delle caratteristiche ricorrenti, qui sotto riportate, che si sono dimostrate oggetto di una scelta consapevole della Direzione e che hanno contribuito al miglioramento del servizio.

- Investimento di risorse in **formazione, addestramento** ed **innovazione** rivolte al buon funzionamento del servizio di ristorazione, sia dal punto di vista alberghiero che da quello preventivo e terapeutico.
- Motivazione del personale, professionalità, competenza e **lavoro** del team di operatori in modo **condiviso e partecipato**.
- Competenze ed **abilità relazionali** della direzione e del personale che opera nel settore.
- **Buona comunicazione** tra operatori della struttura e familiari degli ospiti per una maggiore integrazione di cura e di assistenza.
- **Flessibilità** nell'organizzazione della struttura rispetto alle esigenze degli ospiti.

STRUTTURE VISITATE – LE RSA

Si ringraziano le seguenti RSA, selezionate tra le 67 rispondenti all'indagine, che hanno messo a disposizione il loro personale e il loro tempo durante le visite di approfondimento; le strutture hanno gentilmente fornito il contatto diretto del loro referente del servizio di ristorazione per chi volesse mettersi in contatto con loro per un confronto e uno scambio di esperienza.

Residenza Casa del Sole

P.zza Padre Pio, 2 – Favria C.se (TO)

www.residenza-casadelsole.it

Riferimento per servizio di ristorazione

Luigina Renna, Responsabile Qualità

Tel: 0124/470742 – 338/1716025 – e-mail: info@residenza-casadelsole.it

Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza “Opere Pie d’Onigo”

Via Roma, 77/a – Pederobba (TV)

www.operepiedionigo.it

Riferimento per servizio di ristorazione

Carla De Martin, responsabile servizio di ristorazione

e-mail: ristorazione@operepiedionigo.it – Tel 0423/694771 – 711

Fondazione Le Rondini Città di Lumezzane Onlus

Via Cav. Umberto Gnutti, 4 – Lumezzane (BS)

www.le-rondini.it

Riferimento per servizio di ristorazione

Bernardo Mor, responsabile servizio di ristorazione – e-mail: direct@le-rondini.it

RSA Latour Asl TO 5

Gestita da: Cooperative Animazione Valdocco e Nuova Socialità

S.da Revigliasco, 7 - Moncalieri (TO)

www.aslto5.piemonte.it

latour@alma.it

Riferimento per servizio di ristorazione

Simona Picco, Responsabile ditta Camst – Tel: 335 7123620

Casa di Riposo appartenente all’Istituzione ai Servizi Sociali “Davide Drudi”

Strada Meldola San Colombano, 1 - Meldola (FC)

Riferimento per servizio di ristorazione

Maria Alfonsa Milillo, coordinatrice dei servizi alberghieri

Tel: 0543/499920 - 320/4379750 – e-mail: issddrudi@libero.it

RSA Giovanni XXIII

Strada Provinciale Teverina, 13/a – Viterbo

www.ipabgiovanni23.it

Riferimento per servizio di ristorazione


Responsabile cucina (ditta Camst) – Tel: 0761-39261


RSA Rosa del Marganai

Via Gen. C. A. Dalla Chiesa, 1 - Iglesias (CI)

www.grupposegesta.com

RACCOMANDAZIONI RSA

La maggior parte delle raccomandazioni fornite derivano da quanto rilevato durante le visite di approfondimento, per questo motivo ad alcune indicazioni segue, a titolo esemplificativo, l'esperienza riscontrata nelle strutture. Tale esperienza è segnalata da questa icona .


Alcune raccomandazioni sono inoltre integrate dai dati emersi dall'indagine¹⁹, per evidenziare il trend nazionale su quel determinato aspetto. Queste indicazioni sono segnalate da questa icona  per essere facilmente individuabili.


CARATTERISTICHE GENERALI


● **Il contesto:** bisogna tenere in considerazione la qualità degli ambienti e degli spazi, privilegiando, dove possibile, l'accesso a spazi verdi esterni (giardino, orto, parco) oppure inserendo all'interno angoli verdi (fioriere, vasi, cassoni).

 *Le RSA di Meldola e Viterbo sono situate all'interno di un ampio giardino con alberi da frutto.*

● **L'inserimento nel tessuto sociale:** aprendo la struttura alla vita esterna si mantiene viva la socialità e l'integrazione degli ospiti e si concorre a tramandare saperi e storie acquisite nel corso di una vita. Per questo motivo sarebbe buona norma dedicare momenti specifici al coinvolgimento di volontari ed esterni (tombola, tornei di carte) o organizzare degli spazi della struttura affinché siano accessibili con regolarità a persone esterne (bocciofila, centro diurno).

 *Nella RSA di Lumezzane durante tutto il corso dell'anno sono presenti più di 200 volontari di ogni età. Inoltre la palestra ed i laboratori sono accessibili anche ad utenti esterni.*


 *A Viterbo il piano terra della RSA, che comprende anche un bar, è aperto tutto il giorno agli anziani del paese.*

 *La RSA di Favria organizza alcune attività insieme a una vicina scuola e, a Natale, apre a tutti l'annuale mercatino.*


● **L'assistenza sul territorio:** è auspicabile sensibilizzare le RSA, in collaborazione con gli enti locali, ad ampliare il servizio di assistenza sul territorio verso gli anziani della zona ancora autosufficienti in modo da ritardare il più possibile il ricovero permanente in struttura. È possibile, per esempio, dedicare alcuni volontari all'assistenza nel momento della spesa oppure organizzare un servizio di pasti al domicilio²⁰.

● **Le attività:** è necessario inserire nella routine degli ospiti delle attività pratiche che mantengano il fisico allenato a certi movimenti, anche minimi, che valorizzino abilità o professionalità di ciascuno, che stimolino la mente e che coinvolgano emotivamente. Esempi ne sono i laboratori di manualità, le attività in orto, la *pet therapy*, ecc.

 *La RSA di Favria organizza in modo occasionale uscite in piccoli gruppi al mercato rionale.*

 *La RSA di Pederobba programma laboratori di cucina, di manualità e di informatica, nonché la cura di un orto per gli ospiti. Questi spazi sono a disposizione anche di un vicino centro diurno per le disabilità acquisite.*

● **La personalizzazione e la cura degli ambienti:** è consigliato prevedere percorsi terapeutici ad hoc per pazienti con disturbi cognitivi nonché organizzare gli spazi sulla base delle problematiche legate alle patologie e al livello di autonomia degli ospiti.

 *La RSA di Viterbo predispose le sale da pranzo in modo diverso a seconda del livello di autosufficienza degli ospiti.*

19. Svolta nel 2009 negli ospedali e nelle strutture assistenziali italiani nell'ambito del progetto "La ristorazione collettiva negli ospedali e nelle strutture assistenziali per anziani: sviluppo di buone pratiche"


20. Si invita a fare riferimento alle "Linee di procedura per il corretto approccio alimentare nell'anziano istituzionalizzato" della Regione Piemonte, in particolar modo al paragrafo "Qualità della vita per l'anziano autosufficiente istituzionalizzato".


ASPETTI ORGANIZZATIVO-GESTIONALI

● **Il gruppo di lavoro:** bisogna prevedere la presenza di un gruppo di lavoro che curi vari aspetti del servizio e che sia per questo composto da persone con competenze diverse (economiche, merceologiche, gastronomiche, gestionali, nutrizionali, igienico-sanitarie, agronomiche, di sostenibilità ambientale, tecnologiche).

● **L'organizzazione della cucina:** è preferibile preparare i pasti in sede, in legame fresco caldo, per mantenere le caratteristiche organolettiche dei piatti e favorire una relazione tra cucina e utente mediata dal personale dedicato. Nel caso in cui non sia possibile la presenza interna della cucina, bisogna valutare le realtà di produzione presenti localmente, cercando il centro cottura o la cucina più vicini. Questa deve essere in grado di gestire il servizio nella sua complessità e di perseguire gli stessi obiettivi di buona qualità organolettica e di soddisfazione delle esigenze cliniche che ci si prefigge con la cucina interna. La scelta deve tenere conto, in un'ottica di gestione di sistema, anche della valutazione degli effetti ambientali del servizio e degli effetti della logistica sulla qualità organolettica del pasto (distanza da percorrere, tipologia dei mezzi di trasporto).

● **La gestione dei costi:** il servizio di ristorazione e la cucina dovrebbero rappresentare un centro di costo separato ed indipendente, per facilitare la gestione e monitorare i costi ad esso realmente imputabili. Scorporando le differenti voci di costo del servizio (food cost, personale, ammortamento attrezzature e immobili, utenze, ecc.) è possibile valutarne le spese e conoscere quindi il costo del pasto e della giornata alimentare.

 *La RSA di Pederobba ha una contabilità economico-finanziaria autonoma per l'attività di ristorazione che permette una rendicontazione precisa del costo del servizio comprensiva di ogni tipo di spesa e che consente una contabilizzazione come voce autonoma nel bilancio generale dell'ente.*

 *Il 59% delle RSA non indica il costo medio della giornata alimentare del degente, mentre solo il 18% indica il costo medio del pasto comprensivo delle sole derrate alimentari. Da ciò consegue che, nella maggior parte dei casi, i costi della ristorazione sono difficili da estrapolare dai costi complessivi delle strutture sanitarie o non sono facilmente accessibili da parte di tutti gli addetti (nel caso specifico la domanda era stata posta al responsabile dell'economato).*

● **La collaborazione tra strutture:** è possibile, soprattutto per realtà piccole, sfruttare i vantaggi derivati dall'organizzazione consortile e dipartimentale e dalla gestione in concessione, per favorire localmente la nascita di società di servizi integrati. Inoltre è possibile favorire la collaborazione attraverso gare d'appalto effettuate da più Enti con scopi fortemente condivisi e responsabilità giuridiche separate. Lo stesso capitolato può essere infatti redatto da un gruppo che rappresenta enti differenti che convergono su requisiti qualitativi e di sostenibilità dei servizi richiesti.

● **I riferimenti:** nella progettazione e programmazione del servizio di ristorazione è opportuno consultare la bibliografia di riferimento esistente²¹, i documenti di buone pratiche e, in generale, le esperienze in atto a livello locale, regionale e nazionale.

APPALTO E CAPITOLATO

Questo paragrafo è diviso in tre sezioni perché si riferisce a strutture con diverse tipologie di gestione del servizio.

Per le strutture che hanno dato in affidamento ad un'azienda esterna la gestione del servizio di ristorazione

● **Il capitolato:** è l'insieme dei requisiti e delle caratteristiche tecniche amministrative del servizio di ristorazione, definiti dal committente. È anche lo strumento che traduce in strategie operative il quadro

21. Alcuni testi sono elencati all'inizio del presente documento.

concettuale e metodologico derivante dalla valutazione del processo. Pertanto le caratteristiche del servizio richieste nel capitolato dovranno soddisfare i requisiti di sostenibilità ambientale, sociale ed economica. È fondamentale che l'ente appaltante non deleghi alla ditta la fase di progettazione del servizio e di decisione degli obiettivi e delle caratteristiche dello stesso.

● **Il sistema di aggiudicazione:** l'offerta economicamente più vantaggiosa, attualmente, garantisce il maggiore rispetto degli elementi qualitativi ed economici. È necessario che gli elementi caratterizzanti la qualità siano ben dettagliati e venga loro affidato un punteggio univocamente misurabile. È inoltre importante che il peso dell'insieme di questi parametri sia superiore a quello dato al prezzo.

📄 *L'85% delle RSA aggiudica l'appalto secondo il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa. Il peso medio dato alla qualità è di 60,3%.*

● **Il gruppo di lavoro:** il capitolato d'appalto per l'acquisto di servizi deve essere chiaro e dettagliato e deve essere redatto da un gruppo di lavoro interdisciplinare per formazione e competenze, costituito per esempio da provveditori, tecnologi alimentari, economisti, dietisti, dietologi, igienisti, gastronomi, agronomi, cuochi, direttori sanitari. Queste professionalità non devono necessariamente far parte del personale della struttura ma possono essere convocate e riunite al bisogno (in regime di consulenza).

📄 *I dati dell'indagine dipingono al contrario una situazione in cui i capitolati, indipendentemente dal tipo di gestione del servizio di ristorazione, sono redatti prevalentemente dall'ufficio provveditorato o dall'ufficio economato.*

● **La scelta dei prodotti:** scegliere i prodotti che rispecchiano la qualità definita nel capitolato è l'obiettivo da perseguire nell'acquisto delle materie prime per il servizio di ristorazione. Per indirizzare la scelta secondo questa logica bisogna definire con precisione i criteri di scelta e le caratteristiche dei prodotti nel capitolato.

Per le strutture che gestiscono il servizio di ristorazione in modo diretto con risorse interne

● **Il capitolato per la fornitura dei prodotti:** deve essere chiaro e dettagliato e essere redatto da un gruppo di lavoro costituito da varie figure professionali (provveditori, tecnologi alimentari, economisti, dietisti, dietologi, igienisti, gastronomi, cuochi, direttori sanitari); queste non devono necessariamente far parte del personale della struttura ma possono essere convocate e riunite per l'occasione (in regime di consulenza).


● **La scelta dei prodotti:** scegliere i prodotti che rispecchiano la qualità definita nel capitolato è l'obiettivo da perseguire nell'acquisto delle materie prime per il servizio di ristorazione. Nella logica della qualità e sostenibilità, come già sottolineato nelle riflessioni introduttive al documento, sarebbe auspicabile che le RSA che gestiscono in modo diretto il servizio acquistassero materie prime locali e stagionali da più fornitori o produttori, anziché da una piattaforma. Il vantaggio diretto che ne deriva è di conoscere e rintracciare facilmente la filiera del prodotto, di instaurare un rapporto di fiducia e conoscenza diretta con il produttore, che diventa l'interlocutore di riferimento nel caso insorgano problemi.

📄 *Il 48% delle RSA si affida a un unico o a pochi fornitori.*

● **Il controllo delle derrate:** gli acquisti ed i rapporti con i fornitori vengono gestiti direttamente dal personale coinvolto nella produzione del pasto, che deve essere in grado di selezionare all'ingresso le materie prime.

Per tutte le strutture

● **La trasparenza:** devono essere previsti dei meccanismi di garanzia della qualità degli approvvigionamenti delle derrate che tutelino i contraenti garantendo prezzi equi per entrambi. Tutelare i fornitori dalle oscillazioni dei prezzi consente di mantenere il livello qualitativo previsto, ad esempio assicurandosi la fornitura di prodotto locale dai piccoli produttori.

 La RSA di Pederobba, in fase di contrattazione con i fornitori, ha formalizzato un'indicizzazione del prezzo d'acquisto delle derrate in base alle quotazioni di mercato del momento anziché definire un prezzo forfettario valido per la durata del contratto. Questa scelta, ovviamente resa possibile dalle dimensioni ridotte dalla struttura e dalla gestione diretta degli acquisti, garantisce al produttore/fornitore di avere un margine di guadagno per lo più stabile anche nel caso di forti oscillazioni dei prezzi e lo incentiva a fornire con regolarità il prodotto locale richiesto dalla struttura.

Personale e formazione

● **La formazione:** formazione e preparazione professionale sono fondamentali perché un servizio sia gestito in modo efficiente e soddisfatti i risultati attesi. È necessario prevedere un monte ore annuale adeguato all'aggiornamento e ai tempi lavorativi del personale. Bisognerebbe favorire l'incontro in aula di professionalità e livelli d'inquadramento diversi, in modo da agevolare la creazione di canali comunicativi e coesivi più forti all'interno del gruppo e l'assunzione di responsabilità per l'intero processo. Si raccomanda una formazione che prediliga modalità didattiche partecipate e proattive perché il confronto e l'"imparar facendo" aiutano l'interiorizzazione e il coinvolgimento. Un'altra valida possibilità è quella dell'affiancamento sul posto di lavoro, ad esempio nei reparti di degenza o in cucina, da parte di colleghi più esperti e/o provenienti da altri ambiti professionali, al fine di sviluppare e tramandare competenze sul campo.

L'obiettivo è quindi promuovere la cultura della qualità; tutti gli operatori devono infatti comprendere l'importanza del ruolo cui sono deputati per il buon funzionamento dell'intero sistema produttivo.

● I contenuti


Le materie di formazione per il personale di cucina devono affrontare tematiche differenti su vari aspetti della preparazione dei pasti tra cui:

- sicurezza igienico-sanitaria e merceologia delle produzioni agroalimentari per poter controllare, ad esempio, la conformità delle stesche rispetto al capitolato,
- tecniche di cottura e lavorazione delle materie prime per poter utilizzare al meglio le attrezzature, per conoscere le nuove tecniche che valorizzino la materia prima e adattare le ricette nell'ottica della bontà organolettica e della salubrità
- progettazione e gestione di un processo per sviluppare una visione d'insieme del servizio di ristorazione e una maggior responsabilizzazione ad ogni stadio del processo
- conoscenze clinico nutrizionali e cultura gastronomica e alimentare per una migliore definizione dei menu e delle caratteristiche dei prodotti da acquistare.

Il personale di dietetica deve essere aggiornato sulle tecniche di cucinazione e i gastronomi sugli aspetti nutrizionali affinché dal dialogo fra le due competenze si ottenga la redazione di menu con preparazioni nutrizionalmente corrette ed equilibrate, rispondenti alle necessità dei diversi stati clinici, buone e appetitose.

Il personale di reparto deve essere formato sull'organizzazione del servizio di ristorazione e sugli elementi di nutrizione e di corretta alimentazione con particolare attenzione alla prevenzione della malnutrizione e all'impiego di diete speciali per patologia.

● **La selezione del personale:** il personale di cucina dovrebbe essere qualificato (diploma alberghiero ed esperienza nel settore della ristorazione assistenziale) e possibilmente stabile nel tempo. La continuità è sinonimo di affidabilità e di esperienza sul campo.

 La RSA di Viterbo ha dato in gestione il servizio di ristorazione ad una ditta esterna che da diversi anni svolge il servizio presso la struttura; alcuni operatori lavorano stabilmente nella cucina da 9 anni garantendo continuità nel lavoro e negli obiettivi da perseguire.

● **Altre competenze professionali:** è molto importante che nella struttura siano presenti alcune figure professionali, eventualmente in consulenza: geriatra, dietologo, dietista, psicologo/psichiatra, gastronomo, tecnologo alimentare, logopedista per garantire al degente una miglior fruizione del pasto.

Verifiche e monitoraggi

● **La programmazione:** occorre impostare già nella progettazione del servizio e nella stesura del capitolato le modalità di valutazione e monitoraggio, le segnalazioni di non conformità, le risoluzioni di non conformità, indicando le figure di riferimento.

● **La commissione:** è opportuno istituire una commissione di verifica della gestione complessiva del servizio di ristorazione con il compito di monitorare il buon funzionamento dello stesso e verificare il rispetto dei requisiti specificati nel capitolato d'appalto per l'intero processo di produzione. La commissione deve inoltre costituire l'interfaccia tra la ditta di ristorazione e la direzione ospedaliera nel caso in cui il servizio sia appaltato.


● **Modalità di verifica:** le verifiche sulla conformità dei prodotti impiegati per la preparazione del pasto devono essere effettuate attraverso procedure condivise, definite e standardizzate. Periodicamente la Direzione, o persone da essa delegate, devono controllare il regolare svolgimento di queste verifiche e il rispetto dei requisiti previsti lungo l'intero processo di produzione dei pasti.


● **La qualità percepita:** vanno effettuate periodicamente (almeno una volta l'anno), indagini sulla qualità percepita del servizio di ristorazione con lo scopo di monitorare e riorganizzare il servizio in base alle esigenze rilevate. Nell'analisi dei dati risultanti è importante considerare la percentuale dei rispondenti e valutare l'efficacia della modalità di somministrazione del questionario.

Occorre inoltre fornire agli utenti la possibilità di indicare suggerimenti utili alla migioria del servizio o di segnalarne la non conformità (per esempio attraverso la pubblicazione di recapiti o moduli predisposti all'uopo nella carta dei servizi).

Per avere un riscontro oggettivo della qualità percepita la ditta di ristorazione o una commissione specifica della cucina effettua periodicamente una valutazione degli scarti attraverso il monitoraggio qualitativo (visivo) e quantitativo (pesatura) delle rimanenze dei vassoi e la ricerca delle motivazioni che hanno determinato tali scarti attraverso le interviste.

● **Verifiche esterne:** è auspicabile la creazione e la presenza di un comitato di cittadinanza che valuti il servizio ristorazione secondo parametri condivisi e definiti.


 *In alcune delle RSA visitate (Pederobba, Meldola e Iglesias) è stato costituito un gruppo dedicato alla valutazione qualitativa dei pasti e del servizio di ristorazione composto da familiari, talvolta affiancati dalla Direzione.*

 *Nella RSA di Lumezzane un responsabile di cucina si reca in sala da pranzo al momento della distribuzione del pasto per valutare visivamente gli scarti e le preferenze dei pazienti.*

● **Vigilanza:** anche a livello regionale, è auspicabile inserire nella programmazione dell'attività dei servizi di prevenzione, indicatori di controllo nutrizionale, del rispetto del capitolato e della qualità dichiarata (merceologica, organolettica, etc).

ASPETTI DIETETICO-NUTRIZIONALI

● È fondamentale che sia presente in struttura, non necessariamente in organico, del personale specializzato sugli aspetti dietetico nutrizionali.

 Nella RSA di Meldola è presente, in organico, una dietista alla quale si deve molto del buon funzionamento del servizio di ristorazione.

 Nella RSA di Pederobba la dietista è anche direttrice della struttura ristorativa.


● **La cartella personale:** la RSA deve prendere in carico la documentazione che accompagna il paziente e verificare che in tale documentazione siano presenti dati quali peso e altezza, patologie da cui è affetto, livello di autonomia. In caso contrario, la struttura deve dotarsi di tale valutazione all'ingresso e inserire i dati nella cartella infermieristica.

● **La valutazione nutrizionale:** è auspicabile che venga realizzato un test di screening validato (MUST e MNA Short Form) per il rischio di malnutrizione su tutti i pazienti, al momento dell'ingresso in struttura e periodicamente. Sulla base del risultato di tali test, nel caso in cui risulti un rischio di malnutrizione, dovranno essere adottati specifici interventi quali la compilazione di un diario alimentare ed il suo monitoraggio, la modifica e l'integrazione dell'alimentazione attraverso l'inserimento di particolari alimenti e/o supporti nutrizionali. Tali decisioni sono il risultato di un periodo di osservazione del paziente, a partire dal momento del suo ingresso in struttura, senza il quale la valutazione nutrizionale risulterebbe approssimativa.

● **Il monitoraggio del peso:** deve diventare procedura consolidata il monitoraggio del peso all'ingresso e con periodicità definita. La struttura deve essere dotata di strumentazione e attrezzature adeguate a pesare anche gli ospiti scarsamente o non mobilizzabili (es. nell'ambito dell'acquisto dei sollevatori, obbligatori per legge, prestare particolare attenzione a comprare quelli con dinamometro).

 La RSA di Moncalieri monitora il peso ogni mese con maggiore frequenza in casi specifici, registrandolo su apposita documentazione (P.A.I.).

● **L'assistenza alla persona:** gli ospiti devono essere assistiti durante il pasto dal personale della struttura (terapisti, infermieri, personale OSS²² formato) e/o da familiari e da volontari. Dovrebbe diventare procedura consolidata il monitoraggio pressoché quotidiano delle ingesta dei pazienti, per consentire di agire precocemente sul rischio di malnutrizione e mettere in atto semplici interventi risolutivi.

 Nel 69% delle strutture il paziente viene assistito, al momento del pasto, da personale sanitario/assistenziale.

● **Il dietetico:** devono essere previste, oltre al vitto comune, diete standardizzate specifiche per alcune condizioni cliniche. In particolare risultano fondamentali, nel contesto delle strutture di lungo degenza, la dieta ad alta densità nutrizionale e di consistenza modificata. Queste diete devono essere elaborate, quando possibile, sulla base del vitto comune al fine di ottimizzare le risorse ed evitare inutili sprechi²³. Non vi sono invece indicazioni ad elaborare particolari regimi dietetici per pazienti diabetici, per i quali sarà sufficiente fornire un'alimentazione equilibrata, che risponda ai loro fabbisogni. Il dietetico deve riportare la composizione bromatologica oltre che le ricette complete di grammature delle materie prime e le modalità di preparazione.

Menu

● **Strutturazione del pasto:** il pasto e la sua organizzazione devono essere riconducibili il più possibile ad abitudini alimentari quotidiane piuttosto che a condizioni patologiche ed è importante che il menu sia caratterizzato da preparazioni che rappresentino le consuetudini gastronomiche del territorio di riferimento. In particolare il menu deve :

– essere appetibile e gustoso, rispondere alle indicazioni dei LARN²⁴ e non deve presentare eccessive

22. Operatori Socio Sanitari

23. Si invita a consultare a proposito le "Linee di procedura per il corretto approccio alimentare nell'anziano istituzionalizzato" della Regione Piemonte.

24. Livelli di Assunzione giornalieri Raccomandati di Nutrienti

limitazioni dietetiche, se non quando dovute da necessità cliniche;

- essere strutturato su più stagioni, per promuovere l'utilizzo di prodotti ortofrutticoli freschi e locali e differenziare maggiormente le preparazioni;
- prevedere una giornata alimentare completa, con la possibilità di 2 spuntini/die.

● **Diete speciali in cucina:** il personale di cucina deve essere formato sulla preparazione di diete a consistenza modificata, diversificata in base al grado di disfagia secondo tre densità: sciroppo, budino, crema. Nel caso di distribuzione in multiporzione, le diete speciali devono essere distribuite in monoporzione; nel caso di distribuzione già su vassoio individuale, i vassoi delle diete speciali devono essere nominativi e facilmente riconoscibili.

● **Le occasioni particolari:** è bene valorizzare il momento del pasto quale occasione conviviale nel caso di festività o eventi quali compleanni caratterizzando il menu del giorno con preparazioni diverse dall'offerta ordinaria.

● **Il menu del personale dipendente:** dovrebbe essere redatto sulla stessa base del vitto comune dei degenti, con eventuali integrazioni. In tal modo viene assicurato lo stesso livello di attenzione per entrambe le utenze nella preparazione dei piatti, ottimizzando così il lavoro del personale e l'utilizzo delle risorse.


Pasto

● **L'attenzione all'ospite:** è importante tenere conto dei gusti e delle preferenze del paziente, nel rispetto delle sue esigenze nutrizionali, prenotando i pasti e gli spuntini in anticipo, ma anche essendo flessibili ad eventuali variazioni dell'ultimo momento. Spesso nelle RSA si ricorre alla distribuzione in carrelli multiporzione che consentono il porzionamento direttamente davanti all'ospite. Questo permette una più facile gestione di eventuali variazioni richieste dall'ospite all'ultimo momento.


● **Gli ausili per il pasto:** è fondamentale fornire al paziente stoviglie e accessori necessari al consumo del pasto, adeguate alle sue necessità ed al suo livello di autonomia. La presentazione dei piatti deve essere curata.

● **Gli orari del pasto:** come segnalato in numerose indicazioni, devono essere pensati sulla base delle esigenze degli utenti e secondo orari dettati dal buon senso, indicativamente: colazione non prima delle 7,00 e non dopo le 9,00, il pranzo non prima delle 12, la cena non prima delle 18,30.

● **La personalizzazione del pasto:** l'allestimento del vassoio deve essere curato anche per aiutare l'appetibilità (scelta dei colori, cura nella presentazione, scelta degli ausili). Per i pazienti non autosufficienti o con particolari problematiche devono essere previsti un vassoio personalizzato o particolari attenzioni che facilitino il consumo del pasto, mantenendo quanto più possibile l'autonomia residua del paziente.

 *Nella RSA di Viterbo il vitto normale viene tagliuzzato o sminuzzato (soprattutto nel caso dei primi piatti). Allo stesso modo a Lumezzane vengono tagliate agli utenti tutte le verdure crude.*

● **Gli ambienti:** la sala predisposta al consumo del pasto deve essere accogliente, luminosa e colorata. Deve inoltre essere adeguata all'accesso della maggior parte degli ospiti (è preferibile che solo la minoranza di ospiti con esigenze cliniche specifici consumi il pasto in camera).


 *La maggior parte (70%) dei pazienti delle RSA consuma il pasto in sala da pranzo, solo il 28% lo consuma a letto con il vassoio di supporto.*


● **Qualità percepita:** la valutazione dell'adeguatezza e gradevolezza del pasto è effettuata dal personale (OSS) in sala tramite una verifica diretta con gli utenti e dal personale di cucina al momento del ritorno dei carrelli.


- **Il pasto del personale dipendente:** il personale deve avere la possibilità di consumare il pasto in un luogo adeguato, con lo stesso menu degli ospiti.

Utenti


- **L'informazione:** deve essere predisposto del materiale informativo (carta del servizio di ristorazione) rivolto ai familiari per aiutarli ad accompagnare l'alimentazione del familiare ricoverato. Il menu deve essere visibile all'interno della struttura sia negli spazi comuni sia nelle camere o nei corridoi e deve riportare, a scopo informativo, i prodotti utilizzati e la filiera seguita (prodotto locale, prodotto a denominazione di origine, prodotto surgelato, etc.).

 *Nella maggior parte delle RSA visitate è stato possibile visionare la Carta dei Servizi che descrive i servizi offerti ed è utile ai familiari degli ospiti per conoscere le peculiarità della struttura e le modalità di funzionamento.*

 *La RSA di Meldola inoltre ha elaborato un opuscolo informativo "Mangiare giusto con gusto", redatto in collaborazione con la dietista della struttura, che contiene alcune importanti informazioni relative ad una sana alimentazione.*

 *Nel 48% delle strutture analizzate vengono fornite informazioni nutrizionali e dietetiche agli ospiti ed ai loro familiari. Questa percentuale riguarda principalmente le RSA aventi personale specializzato in dietetica e nutrizione.*

- **I familiari:** bisognerebbe dare ai familiari la possibilità di mangiare insieme all'ospite (eventualmente prenotando il pasto precedentemente). Il personale della struttura informa i familiari sulle particolari attenzioni che devono avere nell'alimentazione.


 *La RSA di Viterbo, ad esempio, ha concordato con la cucina la produzione di un piccolo sovrannumero di porzioni per consentire ai familiari di consumare il pasto con l'ospite. I familiari hanno anche la possibilità di prenotare con anticipo il pasto.*

ORGANIZZAZIONE DELLA CUCINA E CARATTERISTICHE DEI PRODOTTI Cucina

- **La pianificazione:** la progettazione degli ambienti di cucina, delle aree di stoccaggio e di magazzino, l'organizzazione dei flussi, la scelta delle attrezzature necessarie, la programmazione di operazioni di manutenzione sono attività di pianificazione del servizio che dovrebbero coinvolgere differenti professionalità come tecnologi alimentari, architetti, agronomi, dietisti e operatori di cucina.

Le cucine di ultima generazione devono essere organizzate sulle variabili di tempo e spazio relative alle preparazioni, ovvero sulla gestione dei flussi; per una migliore gestione del lavoro e per un'ottimizzazione degli spazi i locali di lavorazione possono essere separati tra di loro. Laddove la progettazione degli spazi non avviene ex novo è opportuno effettuare una riorganizzazione, anche periodica, sulla base delle necessità effettive del servizio. Così come per la gestione dei magazzini anche nella progettazione dei movimenti interni alla cucina è essenziale il rispetto della "marcia in avanti"²⁵.

- **La manutenzione:** è necessario un elevato grado di manutenzione ed un continuo ammodernamento degli ambienti e delle attrezzature per garantire una buona efficienza energetica, un buon risultato alla fine del processo di produzione e una buona qualità dell'ambiente di lavoro per gli operatori.

 *L'età media della cucina è di 23 anni e le ristrutturazioni risalgono mediamente agli anni 2005-2009, mentre le attrezzature risultano avere un'età media di 8 anni.*

- **Le procedure:** è opportuno realizzare un modello di standardizzazione delle principali procedure, relative alla lavorazione e alla preparazione, al servizio e alle attività di pulizia, per ottenere chiarezza nelle comunicazioni fra personale con competenze diverse, ottimizzazione dei tempi, facilitazione del lavoro e garanzia del risultato atteso.

25. È il principio che condiziona la progettazione di un'azienda di ristorazione; permette di limitare in modo considerevole le contaminazioni crociate. Viene applicato all'intero processo a partire dalla ricezione delle materie prime fino al confezionamento del pasto. Il principio si basa sul mantenimento dei percorsi delle derrate pulite separati da quelli degli scarti e dei rifiuti in modo che questi non si incrocino mai.

● **La cucina dietetica:** nella struttura deve essere presente uno spazio dedicato o una cucina dietetica. Essa è rappresentata da un luogo definito e separato dal resto degli ambienti, dotato di attrezzatura idonea, per una gestione più facile e sicura delle diete speciali, in particolare quelle per soggetti con allergie o immunodepressi. Non vi è tuttavia la necessità di produrre tutti i piatti nella cucina dietetica qualora tale garanzia non sia indispensabile e sia possibile inserire, con sufficiente tranquillità, alcune preparazioni di queste diete attingendo dal vitto comune.

☞ *Solo nel 13% delle RSA indagate è presente un locale dedicato alla preparazione delle diete speciali, la maggior parte di queste sono dotate di attrezzatura specifica.*

Magazzini e prodotti

● **L'approvvigionamento:** le derrate alimentari, oltre a possedere le caratteristiche che soddisfano i requisiti cogenti (igienico sanitari e merceologici), sono selezionate sulla base della qualità che si desidera ottenere. Progettando gli acquisti ed elaborando il menu è utile verificare le produzioni presenti sul territorio e le loro caratteristiche, al fine di preferire prodotti freschi e locali, in particolare frutta, ortaggi, pane, latte, carne e di garantire sulla totalità degli ortaggi utilizzati, l'impiego almeno del 70% di prodotto fresco.

☞ *Il ricorso a prodotti locali riguarda solo il 57% delle strutture. Il pane fresco e l'ortofrutta vengono acquistati prevalentemente a livello locale, anche se il termine dà spazio a differenti interpretazioni: dalle visite condotte infatti è emerso che in diverse situazioni il fornitore locale è comunque un grossista che acquista ai mercati generali.*

● **La qualità:** è utile preferire l'impiego di materia prima rispetto a prodotti semilavorati, conservati o preparati dell'industria, semplificando all'occorrenza l'offerta giornaliera del menu; eliminare oli e grassi vegetali diversi dall'olio extravergine di oliva, (seguendo tra l'altro quanto raccomandato dalle linee guida INRAN²⁶ e LILT²⁷); limitare l'utilizzo di surgelati ad alcuni prodotti di difficile lavorazione quali il pesce e alcune verdure come biette, spinaci, piselli, carciofi, fagiolini, prediligendo in ogni caso la migliore merceologia.

☞ *L'attuale tendenza va nella direzione opposta, infatti il 64% delle RSA acquista regolarmente surgelati. In particolare risulta elevato l'utilizzo di ortaggi surgelati (acquistati dall'84% delle strutture), confermato anche dalle visite di approfondimento; tuttavia dai dati dell'indagine risulta che le RSA ricorrono meno frequentemente agli ortaggi surgelati rispetto agli ospedali, probabilmente agevolati da una minor quantità di pasti da preparare e da una minor fluttuazione del numero. Un altro dato interessante su cui riflettere riguarda il numero di strutture che acquistano carni surgelate (40%).*

● **La cucinazione:** è importante richiedere al personale di cucina un costante lavoro di aggiornamento delle ricette e delle modalità di preparazione sulla base delle variazioni di materie prime e attrezzature, per poter andare incontro alle necessità cliniche ed al gusto degli utenti.

● **Il magazzino:** un'adeguata gestione del magazzino secondo la procedure *first in, first out*, oltre alle abituali verifiche di conformità (temperatura delle celle frigorifere; controllo delle scadenze) è certamente un elemento utile a garantire la qualità dichiarata, a evitare e limitare gli sprechi e pertanto a contenere le spese.

26. Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione

27. Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori

STRUTTURE VISITATE – GLI OSPEDALI

Si ringraziano i seguenti Ospedali, selezionati tra gli 81 rispondenti all'indagine, che hanno messo a disposizione il loro personale e il loro tempo durante le visite di approfondimento; le strutture hanno gentilmente fornito il contatto diretto del loro referente del servizio di ristorazione per chi volesse mettersi in contatto con loro per un confronto e uno scambio di esperienza.

Ospedale Cardinal Massaia

C.so Dante, 202 - Asti

www.asl.at.it

Riferimento per servizio di ristorazione

Angelo Risi, responsabile organizzativo progetto 2Q

e-mail: risi@asl.at.it

Azienda Ospedaliera di Desenzano

Località Montecroce, 1 - Desenzano del Garda (BS)

www.aod.it

Riferimento per servizio di ristorazione

Piergiovanni Vivenzi, responsabile piano di autocontrollo

e-mail: piergiovanni.vivenzi@aod.it

Tel - fax 0365/378270-243

I.R.C.C.S. Giannina Gaslini

Largo Gerolamo Gaslini, 5 - Genova

www.gaslini.org

Azienda Ospedaliera di Vercelli

C.so M. Abbiate, 21 – Vercelli

www.asl11.piemonte.it

Riferimento per servizio di ristorazione

Annamaria Canton, dietista

e-mail: annamaria.canton@aslvc.piemonte.it

Tel 0161/5931 - 334368006

Ospedale pediatrico Meyer

Villa Ognissanti – Viale Pieraccini, 24 – Careggi (FI)

www.meyer.it

Riferimento per servizio di ristorazione

Fina Belli, responsabile servizio di dietetica

e-mail: f.belli@meyer.it

Tel 055/5662553 - 2555

Nuovo Ospedale San Giovanni Battista

Via Arcamone - Foligno (PG)

www.asl3.umbria.it

Riferimento per servizio di ristorazione

Antonella Monni, dietista

sdietfo@asl3.umbria.it

cell 346 0094842

Policlinico Universitario Campus Bio-Medico

Via Álvaro del Portillo, 21 - Roma

www.unicampus.it

Riferimento per servizio di ristorazione

Simona Rascioni

e-mail: s.rascioni@unicampus.it

Tel. 06/225411694

Ospedale Civile Don Tonino Bello

Strada Provinciale Molfetta – Terlizzi - Molfetta (BA)

www.asl.bari.it

Riferimento per servizio di ristorazione

Rosa Anna Rita Ribera, responsabile del servizio

E-mail: rosa.ribera@alice.it

Tel: 349/1970463

Azienda Ospedaliera di Cosenza

Via San Martino – Cosenza

www.aziendaospedaliaracs.it


Riferimento per servizio di ristorazione


Franco Rose

e-mail: francorose@tin.it

Tel 0984/681383 - 331/5713016


RACCOMANDAZIONI OSPEDALI

La maggior parte delle raccomandazioni fornite derivano da quanto rilevato durante le visite di approfondimento, per questo motivo ad alcune indicazioni segue, a titolo esemplificativo, l'esperienza riscontrata nelle strutture. Tale esperienza è segnalata da questa icona .

Alcune raccomandazioni sono inoltre integrate dai dati emersi dall'indagine²⁸, per evidenziare il trend nazionale su quel determinato aspetto. Queste indicazioni sono segnalate da questa icona  per essere facilmente individuabili.

CARATTERISTICHE GENERALI

● La Direzione Medico Ospedaliera dovrebbe dedicare maggior attenzione all'alimentazione dei propri pazienti e dipendenti in quanto complemento alla cura per i primi ed elemento di benessere per i secondi, per esempio coinvolgendo in modo attivo e fattivo i soggetti che operano nelle varie fasi del processo di ristorazione.


 *Una peculiarità nella gestione del servizio di ristorazione del Campus Biomedico di Roma è la presenza di una struttura denominata “Servizi di Base” che risulta trasversale alle strutture gestionali e direzionali dell'azienda. Questa ha la funzione di gestire alcuni aspetti tra cui la qualità degli ambienti, la pulizia, la formazione del personale e il servizio di ristorazione. L'esistenza di questa struttura risulta vantaggiosa poiché permette di gestire questi aspetti con maggior efficienza, grazie alla maggior autonomia decisionale e gestionale di cui è dotata rispetto ad un'organizzazione tradizionale.*

ASPETTI ORGANIZZATIVO-GESTIONALI

● **Il gruppo di lavoro:** ogni struttura ospedaliera dovrebbe prevedere la presenza di un gruppo di lavoro che si occupi del servizio di ristorazione in modo sistemico. Questo deve occuparsi della gestione e del monitoraggio di tutte le fasi dal momento della progettazione fino all'individuazione dei requisiti relativi al servizio, all'esecuzione e al controllo. Per questo motivo è opportuno che il gruppo sia composto da figure professionali appartenenti alla Direzione Medico Ospedaliera, all'Economato, all'Ufficio Tecnico e alla Struttura di Nutrizione Clinica.

Nella fase di progettazione è importante rilevare le criticità delle gestioni precedenti e le nuove esigenze strutturali ed organizzative per formulare, in modo condiviso tra tutti i professionisti del gruppo interdisciplinare, le soluzioni sia in termini di costo che di beneficio.

● **L'organizzazione della cucina:** è preferibile preparare i pasti in sede, in legume fresco caldo, per favorire il mantenimento delle caratteristiche organolettiche dei piatti e facilitare la comunicazione fra degenti e cucina attraverso il personale ospedaliero dedicato. Nel caso in cui non sia possibile la presenza interna della cucina, bisogna valutare le realtà di produzione presenti localmente, cercando il centro cottura o la cucina più vicini. Questa deve essere in grado di gestire il servizio nella sua complessità e di perseguire gli stessi obiettivi di buona qualità organolettica e di soddisfazione delle esigenze cliniche che si ottengono con la cucina interna. La scelta deve valutare, in un'ottica di gestione di sistema, anche gli effetti ambientali del servizio e gli effetti della logistica sulla qualità organolettica del pasto (distanza da percorrere, tipologia dei mezzi di trasporto).


 *La maggior parte delle strutture visitate (6 ospedali su 9) sono dotate di cucina interna.*

● **La gestione in appalto:** nel caso in cui il servizio di ristorazione sia gestito da una ditta appaltatrice è importante riferirsi ai requisiti previsti contrattualmente, stabilendo una relazione di mutua collaborazione e fiducia tesa a un miglioramento condiviso.

● **La collaborazione tra strutture:** è possibile, soprattutto per realtà piccole, sfruttare i vantaggi derivati

28. Svolta nel 2009 negli ospedali e nelle strutture assistenziali italiani nell'ambito del progetto “La ristorazione collettiva negli ospedali e nelle strutture assistenziali per anziani: sviluppo di buone pratiche”


dall'organizzazione consortile e dipartimentale e dalla gestione in concessione, per favorire localmente la nascita di società di servizi integrati. Inoltre è possibile favorire la collaborazione attraverso gare d'appalto effettuate da più Enti con scopi fortemente condivisi e responsabilità giuridiche separate. Lo stesso capitolato può essere infatti redatto da un gruppo che rappresenta enti differenti che convergono su requisiti qualitativi e di sostenibilità dei servizi richiesti.

 *L'Ospedale pediatrico Meyer si avvale di ESTAV²⁹ per la realizzazione del capitolato d'appalto, per l'affidamento del servizio di ristorazione e per la gestione della gara.*

● **I riferimenti:** nella progettazione e programmazione del servizio di ristorazione è opportuno consultare la bibliografia di riferimento esistente³⁰, i documenti di buone pratiche e, in generale, le esperienze in atto a livello locale, regionale e nazionale.

● **La gestione dei costi:** il servizio di ristorazione e la cucina dovrebbero rappresentare un centro di costo separato ed indipendente, per facilitare la gestione e il monitoraggio dei costi ad esso imputabili. Scorporando le differenti voci di costo del servizio (*food cost*, personale, ammortamento attrezzature e immobili, utenze, ecc.) è possibile valutarne le spese e conoscere quindi il costo del pasto e della giornata alimentare.

Dalla letteratura e dall'esperienza maturata nella conduzione del presente lavoro, si è constatato che il costo imputabile al servizio di ristorazione incide minimamente sulla totalità delle spese affrontate dall'azienda ospedaliera. Un aumento ponderato del budget a disposizione per l'erogazione di questo servizio per l'acquisto di materie prime di maggior qualità, per professionalizzare il personale, per rinnovare attrezzature e spazi, ad esempio, avrebbe una ridotta incidenza sulle spese nel complesso ma porterebbe ad un concreto aumento della qualità del servizio offerto, con miglioramento della soddisfazione degli utenti e diminuzione degli sprechi (circa il 40% di un pasto servito viene scartato³¹).

 *L'Ospedale di Asti ha calcolato che il costo del servizio di ristorazione incide dell'1-2% sui costi dell'azienda. Di conseguenza la maggiore spesa dovuta ad una più attenta selezione delle materie prime incide molto sul costo del pasto ma pochissimo su quello dell'intera struttura, con il vantaggio di poter diminuire gli scarti e di soddisfare maggiormente i pazienti, contribuendo alla loro corretta nutrizione e guarigione.*


Appalto e capitolato

Questo paragrafo è diviso in tre sezioni perché si riferisce a strutture con diverse tipologie di gestione del servizio.

Per le strutture che hanno dato in affidamento ad un'azienda esterna la gestione del servizio di ristorazione

● **Il capitolato:** è l'insieme dei requisiti e delle caratteristiche tecniche e amministrative del servizio di ristorazione, definiti dal committente. È anche lo strumento che traduce in strategie operative il quadro concettuale e metodologico derivante dalla valutazione del processo. Pertanto le caratteristiche del servizio richieste nel capitolato dovranno soddisfare i requisiti di sostenibilità ambientale, sociale ed economica. È fondamentale che l'ente appaltante non deleghi totalmente alla ditta la fase di progettazione del servizio e di decisione degli obiettivi e delle caratteristiche dello stesso.

● **Il sistema di aggiudicazione:** l'offerta economicamente più vantaggiosa attualmente garantisce il maggiore rispetto degli elementi qualitativi ed economici. È necessario che gli elementi caratterizzanti la qualità siano ben dettagliati e venga loro affidato un punteggio univocamente misurabile. È inoltre importante che il peso dell'insieme di questi parametri sia superiore a quello dato al prezzo.

 *Il 75% degli Ospedali ha dichiarato di utilizzare il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa nell'aggiudicazione delle gare d'appalto. Il peso medio dato alla qualità è del 52%.*


29. Enti per i Servizi Tecnico-amministrativi di Area Vasta. È uno strumento di razionalizzazione delle risorse e unificazione di standard, percorsi operativi e procedure nell'ambito di approvvigionamenti di beni e servizi. Questo ente ha lo scopo di migliorare la qualità degli approvvigionamenti, effettuati a livello consortile, ed accrescere il potere contrattuale delle Aziende sanitarie con l'obiettivo di creare economie di scala.

30. Alcuni testi sono elencati all'inizio del presente documento.

31. Food and Health in Europe: a new basis for action WHO Regional Publications European", 2004

● **Il gruppo di lavoro:** il capitolato d'appalto per l'acquisto di servizi deve essere chiaro e dettagliato e deve essere redatto da un gruppo di lavoro interdisciplinare per formazione e competenze, costituito da provveditori, tecnologi alimentari, economisti, dietisti, nutrizionisti clinici, igienisti, gastronomi, cuochi, agronomi, direttori sanitari. Queste professionalità non devono necessariamente far parte del personale della struttura ma possono essere convocate e riunite al bisogno (in regime di consulenza).


● **La scelta dei prodotti:** scegliere i prodotti che rispecchiano la qualità definita nel capitolato è l'obiettivo da perseguire nell'acquisto delle materie prime. Per indirizzare la scelta secondo questa logica bisogna definire con precisione i criteri di scelta e le caratteristiche dei prodotti nel capitolato.

 *Nel capitolato d'appalto dell'Ospedale di Foligno vi è l'indicazione di privilegiare l'acquisto di prodotti alimentari provenienti da "filiera corta".*

Per le strutture che gestiscono il servizio di ristorazione in modo diretto con risorse interne

● **Il capitolato d'appalto per la fornitura di prodotti:** deve essere chiaro e dettagliato e deve essere redatto da un gruppo di lavoro interdisciplinare costituito da provveditori, tecnologi alimentari, economisti, dietisti, nutrizionisti clinici, igienisti, gastronomi, cuochi, agronomi, direttori sanitari. Queste professionalità non devono necessariamente far parte del personale della struttura ma possono essere convocate e riunite al bisogno (in regime di consulenza).

● **La scelta dei prodotti:** La scelta dei prodotti: scegliere i prodotti che rispecchiano la qualità definita nel capitolato è l'obiettivo da perseguire nell'acquisto delle materie prime per il servizio di ristorazione. Nella logica della qualità e sostenibilità, come già sottolineato nelle riflessioni introduttive al documento, sarebbe auspicabile che gli ospedali che gestiscono in modo diretto il servizio acquistassero materie prime locali e stagionali da più fornitori o produttori, anziché da una piattaforma. Il vantaggio diretto che ne deriva è di conoscere e rintracciare facilmente la filiera del prodotto, di instaurare un rapporto di fiducia e conoscenza diretta con il produttore, che diventa l'interlocutore di riferimento nel caso insorgano problemi.

 *Solo il 32% delle strutture afferma che le Aziende a cui hanno appaltato il servizio si avvalgono di numerosi fornitori per l'acquisto delle derrate, per contro il 41% ricorre prevalentemente alle grandi piattaforme di distribuzione.*

● **Il controllo delle derrate:** gli acquisti ed i rapporti con i fornitori vengono gestiti direttamente dal personale coinvolto nella produzione del pasto, che deve essere in grado di selezionare all'ingresso le materie prime.

Per tutte le strutture

● **La trasparenza:** devono essere previsti dei meccanismi di garanzia della qualità degli approvvigionamenti delle derrate che tutelino i contraenti garantendo prezzi equi per entrambi. Tutelare i fornitori dalle oscillazioni dei prezzi consente di mantenere il livello qualitativo previsto (ad esempio assicurandosi la fornitura di prodotto locale dai piccoli produttori).

Personale e formazione

● **La formazione:** formazione e preparazione professionale sono fondamentali perché un servizio sia gestito in modo efficiente e soddisfi i risultati attesi. È necessario prevedere un monte ore annuale adeguato all'aggiornamento e ai tempi lavorativi del personale. Bisognerebbe favorire l'incontro in aula di professionalità e livelli d'inquadramento diversi, in modo da agevolare la creazione di canali comunicativi e coesivi più forti all'interno del gruppo e l'assunzione di responsabilità per l'intero processo. Si raccomanda una formazione che prediliga modalità didattiche partecipate e proattive perché il confronto e l'"imparar facendo" aiutano l'interiorizzazione e il coinvolgimento. Un'altra valida possibilità è quella dell'affiancamento sul posto di lavoro, ad esempio nei reparti di degenza o

in cucina, da parte di colleghi più esperti e/o provenienti da altri ambiti professionali, al fine di sviluppare e tramandare competenze sul campo.

L'obiettivo è quindi promuovere la cultura della qualità; tutti gli operatori devono infatti comprendere l'importanza del ruolo cui sono deputati per il buon funzionamento dell'intero sistema produttivo.


● I contenuti


Le materie di formazione per il personale di cucina devono affrontare tematiche differenti su vari aspetti della preparazione dei pasti tra cui:

- sicurezza igienico-sanitaria e merceologia delle produzioni agroalimentari per poter controllare, ad esempio, la conformità delle stesche rispetto al capitolato,
- tecniche di cottura e lavorazione delle materie prime per potere utilizzare al meglio le attrezzature, per conoscere le nuove tecniche che valorizzino la materia prima e adattare le ricette nell'ottica della bontà organolettica e della salubrità
- progettazione e gestione di un processo per sviluppare una visione d'insieme del servizio di ristorazione e una maggior responsabilizzazione ad ogni stadio del processo
- conoscenze clinico nutrizionali e cultura gastronomica e alimentare per una migliore definizione dei menu e delle caratteristiche dei prodotti da acquistare.

Il personale di dietetica deve essere aggiornato sulle tecniche di cucinazione e i gastronomi sugli aspetti nutrizionali affinché dal dialogo fra le due competenze si ottenga la redazione di menu con preparazioni nutrizionalmente corrette ed equilibrate, rispondenti alle necessità dei diversi stati clinici, buone e appetitose.

Il personale di reparto deve essere formato sull'organizzazione del servizio di ristorazione e sugli elementi di nutrizione e di corretta alimentazione con particolare attenzione alla prevenzione della malnutrizione e all'impiego di diete speciali per patologia.


 *L'Ospedale di Molfetta prevede dei corsi di formazione per il personale della ditta di ristorazione, in parte tenuti dal personale dietistico. Tra gli argomenti vengono anche trattati gli aspetti nutrizionali delle ricette preparate in cucina.*

 *Il 72% degli Ospedali ha effettuato corsi di formazione per il personale di cucina, un risultato piuttosto contenuto se si considera che alcuni corsi di aggiornamento sono previsti come obbligatori da normative in vigore a livello regionale e nazionale. Inoltre, anche quando effettuati, gli argomenti sono prevalentemente di interesse igienico-sanitario e, solo nella metà dei casi, integrati da aggiornamenti su tecniche di cucina e aspetti nutrizionali.*

● **La selezione del personale:** il personale di cucina dovrebbe essere qualificato (diploma alberghiero ed esperienza nel settore della ristorazione assistenziale) e possibilmente stabile nel tempo. La continuità è sinonimo di affidabilità e di esperienza sul campo.

Sarebbe opportuno che il numero dei cuochi impiegati in cucina fosse correlato sia alla quantità dei pasti prodotti che alle attrezzature e agli spazi in dotazione, al fine di assicurare la qualità del pasto servito³². Per valutare la produttività di una cucina, espressa come numero di pasti prodotti da ogni singolo cuoco/operatore, si devono tenere in considerazione più fattori: dimensioni dell'utenza, struttura del menu, logistica della struttura produttiva, tipologia di legame impiegato, turni distributivi, logistica e attrezzatura di cucina, ecc.

 *L'Ospedale di Desenzano ha una media di 38,5 pasti prodotti per cuoco.*

 *L'indagine ha messo in luce il numero medio di personale coinvolto nel processo di ristorazione: 34,4 operatori, di cui 9,4 cuochi. Emerge inoltre che il 24% degli Ospedali affermano di avere tra gli 11 e i 20 cuochi impiegati nel servizio.*

32. Secondo le "Proposte operative per la ristorazione assistenziale" della Regione Piemonte è consigliabile un cuoco ogni 50 ospiti.

- **Altre competenze professionali:** è molto importante che nella struttura siano presenti alcune figure professionali, eventualmente in consulenza: geriatra, dietologo, dietista, psicologo/psichiatra, gastronomo, tecnologo alimentare, logopedista per garantire al degente una miglior fruizione del pasto.
- **La motivazione:** la realizzazione del personale di cucina permette una maggiore partecipazione alla gestione delle dinamiche quotidiane e alla risoluzione dei problemi. Per perseguirla bisogna dare valore al lavoro degli operatori e permettere ai cuochi di esprimere la propria creatività nella realizzazione del vitto comune e del pasto dei dipendenti.

Verifiche e monitoraggi


- **Il ruolo della Direzione:** la Direzione sanitaria deve essere fortemente coinvolta nel servizio di ristorazione e svolgere un controllo periodico delle fasi del processo.

- **La programmazione:** occorre impostare già nella progettazione del servizio e nella stesura del capitolato le modalità di valutazione e monitoraggio, le segnalazioni di non conformità, le risoluzioni di non conformità, indicando le figure di riferimento.

- **La commissione:** è opportuno istituire una commissione di verifica della gestione complessiva del servizio di ristorazione con il compito di monitorare il buon funzionamento del servizio e verificare il rispetto dei requisiti specificati nel capitolato d'appalto per l'intero processo di produzione. La commissione deve inoltre costituire l'interfaccia tra la ditta di ristorazione e la direzione ospedaliera nel caso in cui il servizio sia appaltato.

- **Modalità di verifica:** le verifiche sulla conformità dei prodotti impiegati per la preparazione del pasto devono essere effettuate attraverso procedure condivise, definite e standardizzate. È auspicabile che vengano eseguiti controlli periodici per il rispetto della composizione bromatologica del vitto attraverso esami di laboratorio.

Periodicamente la Direzione, o persone da essa delegate, devono controllare il regolare svolgimento di queste verifiche e il rispetto dei requisiti previsti lungo l'intero processo di produzione dei pasti.

 *Una Commissione di controllo delle conformità rispetto al capitolato è presente solo nel 51% degli Ospedali. Laddove presente, risulta prevalentemente costituita dalla Direzione Medico Ospedaliera, dalla Struttura di Dietetica e dall'Economato. Negli ospedali di grandi dimensioni la Commissione è presente nell'80% dei casi.*

- **La qualità percepita:** vanno effettuate periodicamente (almeno una volta l'anno), a rotazione nei reparti, indagini sulla qualità percepita del servizio di ristorazione con lo scopo di monitorare e riorganizzare il servizio in base alle esigenze rilevate. Nell'analisi dei dati risultanti è importante considerare la percentuale dei rispondenti e valutare l'efficacia della modalità di somministrazione del questionario.

Occorre inoltre fornire agli utenti la possibilità di indicare suggerimenti utili alla miglioria del servizio o di segnalarne la non conformità (per esempio attraverso la pubblicazione di recapiti o moduli predisposti all'uso nella carta dei servizi).

Per avere un riscontro oggettivo della qualità percepita la ditta di ristorazione o una commissione specifica della cucina effettua periodicamente una valutazione degli scarti attraverso il monitoraggio qualitativo (visivo) e quantitativo (pesatura) delle rimanenze dei vassoi e la ricerca delle motivazioni che hanno determinato tali scarti attraverso le interviste.

 *Il 77% degli Ospedali monitora il livello qualitativo del servizio di ristorazione percepito dai degenti.*


- **Verifiche esterne:** è auspicabile la creazione e la presenza di un comitato di cittadinanza che valuti il servizio ristorazione secondo parametri condivisi e definiti.

- **Vigilanza:** anche a livello regionale, è auspicabile inserire nella programmazione dell'attività dei

servizi di prevenzione, indicatori di controllo nutrizionale, del rispetto del capitolato e della qualità dichiarata (merceologica, organolettica, etc)


ASPETTI DIETETICO-NUTRIZIONALI

Nell'ottica di considerare l'alimentazione parte integrante della cura, le indicazioni nutrizionali dovranno in un futuro essere inserite nella cartella clinica. L'obiettivo di considerare il benessere complessivo del paziente (tra cui nutrizione, igiene e condizioni cliniche) rende necessario raccogliere tutte queste informazioni in un'unica cartella. Tuttavia date le differenze riscontrate a livello regionale e nelle singole strutture è auspicabile per lo meno l'impostazione di una cartella nutrizionale in cui siano raccolte le informazioni specifiche (scheda di monitoraggio delle ingesta, di rilevazione del peso, valutazione degli scarti, menu appropriato etc). La cartella nutrizionale non è solo un documento infermieristico-assistenziale, ma ha una valenza clinica a tutti gli effetti e, per questo motivo, deve essere visibile a tutto il personale medico e sanitario-assistenziale.


 *Il 51% degli Ospedali, secondo l'indagine, ha previsto una parte della cartella clinica dedicata alla valutazione dietetico-nutrizionale del paziente.*

● **La cartella clinica:** al suo interno devono essere inseriti:

- l'indicazione del tipo di alimentazione;
- la valutazione del rischio nutrizionale attraverso l'impiego di screening validati come il NRS 2002 eseguiti entro 48 ore dall'ingresso in ospedale e ripetuti almeno ogni 7 gg;
- il monitoraggio settimanale del peso corporeo.

 *La valutazione del rischio di malnutrizione è attualmente poco praticata; soltanto il 36% degli Ospedali effettua tale analisi all'ingresso del paziente mentre il 58% la effettua nell'arco del periodo di degenza.*

● **Il monitoraggio nutrizionale:** dovrebbe essere effettuato un monitoraggio delle ingesta alimentari attraverso strumenti specifici (diario alimentare, scheda di rilevazione degli scarti, monitoraggio visivo degli scarti sul vassoio) da riportare nella cartella nutrizionale o nella cartella clinica.


 *La valutazione delle ingesta dei pazienti è una pratica poco utilizzata dagli ospedali; in particolare solo il 25% degli Ospedali effettua una valutazione del cibo non consumato, registrandola prevalentemente su un diario alimentare. Questo dato non sembra influenzato dalla presenza del servizio di dietetica nella struttura: dove presente, infatti, la percentuale sale solo al 30%.*

● **L'integrazione ai pasti:** come primo approccio alla prevenzione e cura della malnutrizione deve essere prevista, su indicazione specialistica, la disponibilità di alimenti extra per spuntini. Nel caso in cui questi non siano sufficienti possono essere prescritti dei supporti nutrizionali orali specifici.

 *L'Ospedale di Vercelli ha previsto, nel reparto materno-infantile, la disponibilità di spuntini nell'orario notturno per le neomamme.*

● **Struttura di dietetica:** è necessaria la presenza o la collaborazione costante di una Struttura di Dietetica dotata di personale specializzato in nutrizione, sia medico che dietistico. La duplice attenzione della struttura alle esigenze cliniche ed al servizio di ristorazione consente la creazione di un canale di comunicazione più diretto tra la cucina ed i pazienti.

La struttura di dietetica coordina il personale di cucina nell'elaborazione e nella realizzazione di menu specifici.

 *Nel 79% degli Ospedali analizzati è presente una Struttura di Dietetica e Nutrizione Clinica; nel 97% delle strutture di dietetica è presente il dietista, mentre solo nel 38% dei casi c'è il medico specialista. In relazione ai dati nazionali, dai quali sappiamo che circa il 18,8% (150 su 800) degli ospedali italiani possiede una Struttura di Dietetica e Nutrizione Clinica, appare evidente che il maggior numero delle strutture rispondenti all'indagine fossero quelle con una Struttura di Dietetica. Questo dato sottolinea la differente sensibilità all'alimentazione ed al servizio di ristorazione delle strutture in cui sia presente del personale ivi specializzato.*

● **Il dietetico ospedaliero:** il servizio di ristorazione deve prevedere un dietetico ospedaliero che deve comprendere:

- il vitto comune = destinato a pazienti senza problemi nutrizionali; deve rispecchiare il più possibile le tradizioni gastronomiche locali, nel rispetto di valori nutrizionali adeguati.
- le diete standardizzate = destinate a pazienti con patologie che richiedono una dietoterapia. Sono diete aventi una composizione bromatologica definita e codificate sulla base delle caratteristiche nutrizionali. Le diete standardizzate dovrebbero essere declinate anche secondo le esigenze etico-religiose dei pazienti.
- le diete ad personam = destinate a pazienti con esigenze nutrizionali specifiche³³. Il servizio di dietetica coordina il personale di cucina nell'elaborazione e nella realizzazione di questi menu.

Il dietetico ospedaliero deve riportare la composizione bromatologica di tutte le ricette (calcolo dei macro e micro nutrienti principali) oltre che le grammature delle materie prime e le modalità di preparazione.

● **Le diete speciali:** devono essere previste in tutte le strutture ospedaliere le seguenti diete standardizzate: *dieta iposodica; dieta ipocalorica; dieta ipoproteica; dieta senza glutine; dieta a ridotto apporto di fibre; dieta di consistenza modificata; dieta ad alta densità nutrizionale; dieta di rialimentazione.*

Le strutture con reparti specialistici devono inserire regimi alimentari specifici (ad esempio la dieta a bassa carica batterica per pazienti immunodepressi o le diete per i pazienti pediatrici).

📖 *L'indagine ha messo in luce le diete codificate disponibili negli Ospedali analizzati. Emerge che le diete che troviamo più frequentemente sono la iposodica (82%), la dieta senza glutine (77%), la dieta di consistenza modificata (74%), la dieta ipocalorica e quella ipoproteica (72%). La dieta ad alta densità nutrizionale è prevista solo nel 58% degli Ospedali.*

Menu

● **La strutturazione del pasto:** il menu e la sua organizzazione devono essere riconducibili il più possibile ad abitudini alimentari quotidiane piuttosto che a condizioni patologiche ed è importante che il menu sia caratterizzato da preparazioni che rappresentino le consuetudini gastronomiche del territorio di riferimento. In particolare il menu deve:

- essere appetibile e gustoso;
- rispondere alle indicazioni dei LARN³⁴;
- presentare meno limitazioni dietetiche possibili, se non quando dovute da necessità cliniche;
- essere strutturato su più stagioni, per promuovere l'utilizzo di prodotti ortofrutticoli freschi e locali e differenziare maggiormente le preparazioni;
- prevedere la giornata alimentare completa, con la possibilità di 2 spuntini/die;
- ruotare in funzione del numero di giornate medie di degenza; nella maggior parte delle realtà ospedaliere è sufficiente una rotazione quindicinale mentre su ospedali in cui la degenza media è più lunga si può prevedere una rotazione su 4 settimane.

● **Il menu del personale dipendente:** dovrebbe essere redatto sulla stessa base del vitto comune dei degenti, con eventuali integrazioni. In tal modo viene assicurato lo stesso livello di attenzione per entrambe le utenze nella preparazione dei piatti, ottimizzando così il lavoro del personale e l'utilizzo delle risorse.

📖 *Nel 75% degli Ospedali il servizio di ristorazione è unico per degenti e dipendenti. Il fatto che l'impianto prepari i pasti per i due tipi di utenza, non significa che venga utilizzato lo stesso menu.*

● **Le occasioni particolari:** è bene valorizzare il momento del pasto quale occasione conviviale nel caso di festività o eventi quali compleanni, caratterizzando il menu del giorno con preparazioni diverse dall'offerta ordinaria.

👤👤 *Il Campus Biomedico di Roma utilizza un software per la prenotazione dei pasti in cui sono inseriti*

33. Le definizioni estese sono consultabili al capitolo 4.2 delle linee guida ospedaliere della Regione Piemonte.

34. Livelli di Assunzione giornalieri Raccomandati di Nutrienti

i dati dei pazienti, tra cui la data di nascita. Quando ricorre il compleanno di un paziente durante il ricovero, il dato viene segnalato automaticamente durante la fase di prenotazione e, al momento del confezionamento del pasto, viene posto sul vassoio un biglietto di auguri ed una porzione di dolce.

Pasto

● **L'attenzione al paziente:** è importante tenere conto dei gusti e delle preferenze del paziente, nel rispetto delle sue esigenze nutrizionali. Il paziente deve potere prenotare il proprio pasto. È necessario che la prenotazione venga effettuata da personale competente o adeguatamente formato per garantire la scelta in relazione non solo ai gusti personali del paziente, ma anche alle sue necessità cliniche. Inoltre deve essere prevista la possibilità di apportare modifiche alla prenotazione fino a poche ore prima del pasto, nel caso in cui vi siano cambiamenti nel profilo clinico del paziente. È fondamentale che il vitto venga consumato dal paziente a temperatura adeguata, per cui bisognerà predisporre l'attrezzatura idonea a garantire questa caratteristica.

📄 *Nell'85% degli Ospedali (nel 94% in presenza della Struttura di Dietetica) è prevista la possibilità di prenotare il pasto.*

👤👤 *L'Ospedale pediatrico di Firenze ha previsto la possibilità di preparare dei "pasti espressi" per i bambini inappetenti o con particolari difficoltà ad alimentarsi. I piatti richiesti dal paziente vengono preparati in una cucina separata all'interno del centro di cottura. Al fine di soddisfare qualsiasi esigenza è stata prevista una convenzione con un ipermercato della zona in cui possono essere fatti degli acquisti che non sono previsti dal capitolato.*

● **Gli orari del pasto:** come segnalato in numerose indicazioni, devono essere pensati sulla base delle esigenze dei pazienti (particolare attenzione va riservata a pazienti geriatrici, pediatrici, neomamme) e secondo orari dettati dal buon senso, indicativamente: la colazione non prima delle 7,00 e non dopo le 9,00, il pranzo non prima delle 12, la cena non prima delle 18,30.

● **La personalizzazione:** l'allestimento del vassoio deve essere curato anche per aiutare l'appetibilità (scelta dei colori, cura nella presentazione, scelta degli ausili). Per i pazienti non autosufficienti o con particolari problematiche occorre garantire un vassoio personalizzato o comunque particolari attenzioni che facilitino il consumo del pasto, mantenendo quanto più possibile l'autonomia residua del paziente. Deve essere prevista l'assistenza al pasto per chi ha bisogno.

👤👤 *Il Campus Biomedico di Roma ha scelto, ad esempio, di confezionare ogni piatto in un singolo contenitore termico, veicolato nei reparti tramite carrelli neutri al fine di mantenere la temperatura delle singole portate anche durante il tempo in cui viene consumato il pasto e per evitare la commistione di odori.*


👤👤 *L'Ospedale di Vercelli invoglia il consumo di frutta fresca nei pazienti meno autosufficienti (pediatrici e geriatrici) facendo preparare dalla cucina monoporzioni di frutta fresca già sbucciata e tagliata.*

● **Il differimento del pasto:** nel caso in cui il paziente non si trovi in camera al momento del pasto per visite o esami è necessario prevedere la possibilità di tenere da parte o allestire in un secondo momento un vassoio.


📄 *L'84% degli Ospedali afferma di aver previsto il differimento del pasto per i pazienti temporaneamente non presenti in camera. Utenti*

Utenti

● **L'informazione:** deve essere predisposto del materiale informativo (Carta del Servizio di ristorazione) rivolto ai familiari per aiutarli ad accompagnare l'alimentazione del familiare ricoverato. Il menu deve essere visibile all'interno della struttura sia negli spazi comuni sia nelle camere o nei corridoi e deve riportare, a scopo informativo, i prodotti utilizzati e la filiera seguita (prodotto locale, prodotto a denominazione di origine, prodotto surgelato, etc.).

 L'Ospedale di Desenzano fornisce agli utenti degli opuscoli in cui sono presenti le indicazioni sui contenuti nutrizionali dei differenti menu (adulti e bambini, ulteriormente diversificati per fascia di età). Questo materiale informativo viene cambiato stagionalmente, al variare del menu.

● **I familiari:** bisognerebbe dare ai familiari la possibilità di consumare il pasto nella struttura, accedendo alla mensa dipendenti o prenotando un pasto da consumare in camera con il paziente.


 L'Ospedale pediatrico di Firenze offre la possibilità ai genitori dei bambini di prenotare un pasto aggiuntivo a quello del paziente che può essere consumato nelle camere di degenza.

ORGANIZZAZIONE DELLA CUCINA E CARATTERISTICHE DEI PRODOTTI


Cucina

● **La pianificazione:** la progettazione degli ambienti di cucina, delle aree di stoccaggio e di magazzino, l'organizzazione dei flussi, la scelta delle attrezzature necessarie, la programmazione di operazioni di manutenzione sono attività di pianificazione del servizio che dovrebbero coinvolgere differenti professionalità come tecnologi alimentari, architetti, agronomi, dietisti e operatori di cucina.


Le cucine di ultima generazione devono essere organizzate sulle variabili di tempo e spazio relative alle preparazioni, ovvero sulla gestione dei flussi; per una migliore gestione del lavoro e per un'ottimizzazione degli spazi i locali di lavorazione possono essere separati tra di loro. Laddove la progettazione degli spazi non avviene ex novo è opportuno effettuare una riorganizzazione, anche periodica, sulla base delle necessità effettive del servizio. Così come per la gestione dei magazzini, nella progettazione dei movimenti interni alla cucina è essenziale il rispetto della “marcia in avanti”³⁵.


 Il Campus Biomedico di Roma, in occasione del trasferimento nella nuova struttura e della riorganizzazione del servizio di ristorazione, ha effettuato un percorso di progettazione degli ambienti e dei flussi in stretta collaborazione degli architetti con il personale di cucina e il personale dietetico.

● **La manutenzione:** è necessario un elevato grado di manutenzione ed un continuo ammodernamento degli ambienti e delle attrezzature per garantire una buona efficienza energetica, un buon risultato alla fine del processo di produzione e una buona qualità dell'ambiente di lavoro per gli operatori.


 L'età media della cucina degli ospedali intervistati è di 27 anni e le ristrutturazioni risalgono al primo decennio del 2000, mentre le attrezzature hanno in media 9 anni.

● **Le procedure:** è opportuno realizzare un modello di standardizzazione delle principali procedure relative alla lavorazione e alla preparazione, al servizio e alle attività di pulizia, per ottenere chiarezza nelle comunicazioni fra personale con competenze diverse, ottimizzazione dei tempi, facilitazione del lavoro e garanzia del risultato atteso.

 La cucina dell'Ospedale di Desenzano sta elaborando delle procedure per la standardizzazione di alcune ricette utilizzando moderne tecniche di cottura (a bassa temperatura) al fine di uniformare il più possibile il prodotto finale e di organizzare il lavoro degli operatori.

 Nella cucina del Campus Biomedico di Roma sono state affisse in modo visibile le procedure da seguire per le principali operazioni (composizione del vassoio, sistemazione delle derrate nei magazzini, ecc.) e le tempistiche necessarie.

● **La cucina dietetica:** nella struttura deve essere presente uno spazio dedicato o una cucina dietetica. Essa è rappresentata da un luogo definito e separato dal resto degli ambienti, dotato di attrezzatura idonea, per una gestione più facile e sicura delle diete speciali, in particolare quelle per soggetti con allergie o immunodepressi. Non vi è tuttavia la necessità di produrre tutti i piatti nella cucina dietetica qualora tale garanzia non sia indispensabile e sia possibile inserire, con sufficiente tranquillità, alcune preparazioni di queste diete attingendo dal vitto comune.

 Il 48% degli Ospedali coinvolti nell'indagine è dotato di un locale dedicato per la preparazione delle diete speciali e dei pasti personalizzati.


35. È il principio che condiziona la progettazione di un'azienda di ristorazione; permette di limitare in modo considerevole le contaminazioni crociate. Viene applicato all'intero processo a partire dalla ricezione delle materie prime fino al confezionamento del pasto. Il principio si basa sul mantenimento dei percorsi delle derrate pulite separati da quelli degli scarti e dei rifiuti in modo che questi non si incrocino mai.


Magazzini e prodotti

● **L'approvvigionamento:** le derrate alimentari, oltre a possedere le caratteristiche che soddisfano i requisiti cogenti (igienico sanitari e merceologici), sono selezionate sulla base della qualità che si desidera ottenere. Progettando gli acquisti ed elaborando il menu è utile verificare le produzioni presenti sul territorio e le loro caratteristiche, al fine di preferire prodotti freschi e locali, in particolare frutta, ortaggi, pane, latte, carne e di garantire sulla totalità degli ortaggi utilizzati, l'impiego almeno del 70% di prodotto fresco.


● **La qualità:** è utile preferire l'impiego di materia prima rispetto a prodotti semilavorati, conservati o preparati dell'industria, semplificando l'offerta giornaliera del menu; eliminare oli e grassi vegetali diversi dall'olio extravergine di oliva, (seguendo tra l'altro quanto raccomandato dalle linee guida INRAN³⁶ e LILT³⁷); limitare l'utilizzo di surgelati ad alcuni prodotti di difficile lavorazione quali il pesce e alcune verdure come biette, spinaci, piselli, carciofi, fagiolini, prediligendo in ogni caso la migliore merceologia.


 *L'Ospedale di Cosenza acquista alcuni prodotti locali, tra cui formaggi freschi, patate e olio; inoltre utilizza latte fresco per le colazioni.*

 *Il 48% degli Ospedali coinvolti nell'indagine acquista prodotti locali, prevalentemente rappresentati da pane, ortofrutta e latticini.*

 *Il 77% degli Ospedali dichiara di utilizzare prodotti surgelati, in particolare ortaggi e pesce, in ragione della praticità e funzionalità rispetto al prodotto fresco.*

● **La cucinazione:** è importante richiedere al personale di cucina un costante lavoro di aggiornamento delle ricette e delle modalità di preparazione sulla base delle variazioni di materie prime e attrezzature, per poter andare incontro alle necessità cliniche ed al gusto degli utenti.

 *Il Campus Biomedico di Roma ha organizzato, in collaborazione con le dietiste, dei corsi con chef prestigiosi rivolti al personale di cucina per la preparazione di pasti senza glutine, aproteici e di consistenza modificata.*

 *L'Ospedale di Asti, in seguito a numerose sperimentazioni, ha inserito nel menu alcune ricette che prevedono l'utilizzo di orzo, farro, miglio e altri cereali generalmente poco utilizzati e conosciuti.*

● **Il magazzino:** un'adeguata gestione del magazzino secondo la procedura *first in, first out*, oltre alle abituali verifiche di conformità (temperatura delle celle frigorifere; controllo delle scadenze) è certamente un elemento utile a garantire la qualità dichiarata, a evitare e limitare gli sprechi e pertanto a contenere le spese.

36. Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione

37. Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori

Si ringraziano

Il **Comitato Tecnico Scientifico**, che ha permesso di dare al progetto delle linee di indirizzo interdisciplinari e condivise.

- Silvio Barbero, Vicepresidente Slow Food Italia
- Marcello Caputo, Direttore Direzione Integrata della Prevenzione Asl CN 1
- Luisella Cesari, Direttore Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione AslTO3
- Valeria Cometti, Responsabile Area Educazione Slow Food Italia
- Giuseppe De Filippis, Direttore Sanitario d’Azienda, Azienda u.s.l. Valle d’Aosta
- Simona Del Treppo, Agronoma
- Emanuela Di Martino, AUSL di Bologna, Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro
- Daniela Domeniconi, Ex Direttore SOC Dietetica e Nutrizione Clinica Osp. Santa Croce a Cuneo
- Daniela Galeone, Dirigente Dip. Prevenzione e Comunicazione Ministero della Salute
- Isabelle Lacourt, Responsabile scientifico RISTECO
- Renata Magliola, Direttore Dip. Prevenzione Asl TO1
- Mariateresa Menzano, Dirigente delle Professionalità Sanitarie, Ministero della Salute
- Claudio Monti, Direttore economato ASL2 Alba Bra
- Augusta Palmo, Ex Responsabile S.C. Dietologia e Nutrizione Clinica, ASO San Giovanni Battista di Torino
- Andrea Pezzana, Direttore SoSD Dietetica e Nutrizione Clinica Ospedale San Giovanni Bosco di Torino
- Dorina Possamai, Dietista presso SoSD Dietetica e Nutrizione Clinica Ospedale San Giovanni Bosco di Torino
- Graziella Xompero, Dietista presso ASO S.G. Battista Torino, responsabile piemontese dell’ANDID³⁸

Il **gruppo di lavoro** eletto dal Comitato Tecnico Scientifico, per la pianificazione e conduzione delle visite di approfondimento e la redazione dei report relativi, alla base del presente documento.

- Maria Luisa Amerio, Direttore SOC Dietetica e Nutrizione Clinica, Ospedale Cardinal Massaia ASL AT
- Sebastiano Blancato, Direttore Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN) ASL CN1
- Piero Bo, Provveditore Asl CN2
- Irene Capizzi, Dietista
- Amina Ciampella, tecnologo alimentare
- Giovanna Donadel, laureata in Scienze Gastronomiche con la tesi “Le logiche della ristorazione sanitaria italiana”
- Livia Ferrara, laureata in Scienze dell’Architettura, lavora a progetti di riqualificazione dei servizi di ristorazione collettiva
- Alessandro Girardi, Dirigente Medico Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero Chivasso - ASL TO4
- Andrea Ivaldi, responsabile qualità Sotral
- Ugo Pazzi, Agronomo
- Giovanna Ruo Berchera, Gastronoma e insegnante di cucina esperta di ristorazione sanitaria

Marcello Caputo, Giuseppe De Filippis, Simona Del Treppo, Daniela Domeniconi, Andrea Pezzana, Dorina Possamai e Graziella Xompero, già membri del Comitato Tecnico Scientifico, che hanno preso parte anche al gruppo di lavoro.

Gli altri **professionisti** che hanno permesso la realizzazione del progetto e in particolare:

- Santina Cerino, Livia Ferrara e Alberto Robiati per la collaborazione nella stesura delle raccomandazioni;
- Irene Capizzi, Valeria Cometti e Annalisa D’Onorio per il coordinamento, l’organizzazione e la gestione del progetto.

38. Associazione Nazionale Dietisti