



ANMDO

Associazione Nazionale dei Medici
delle Direzioni Ospedaliere

postatarget
magazine

DC00S3399
Naz/185/2008

Posteitaliane

3 Luglio-Settembre 2018

L'OSPEDALE

TRIMESTRALE DI IGIENE, TECNOLOGIA, MANAGEMENT
DEGLI OSPEDALI E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI

**Linea di Indirizzo e Controllo
per la qualifica
del Servizio di Ristorazione
in Sanità**

ORIZZONTI



EDICOM
info@gsanews.it • www.gsanews.it

Sala operatoria classe ISO 5 con TOUL FLUSSO LAMINARE FOCALIZZATO

Nell'ambito della **chirurgia protesica** (vascolare, ortopedica, spinale, reti erniali, urologica, ginecologica, oculare, mammaria ecc.) e negli interventi di ortopedia, neurochirurgia, oncologia e trapianti d'organo la norma UNI 11425 pone l'obbligo della classe ISO 5 in sala operatoria: **devono cioè essere protetti il tavolo operatorio, il tavolo portastrumenti e il deposito sterile. La normativa UNI 11425 deve comunque essere applicata per tutti gli interventi complessi di durata superiore ai 60 minuti**

Flusso laminare focalizzato con sistema di tracciabilità



Trasformare sala operatoria esistente classe ISO 7 in ISO 5 con Toul flusso laminare focalizzato

Toul flusso laminare sterile: garantisce i livelli particellari necessari per ottenere i valori di classe ISO 5 in sala operatoria (UNI EN ISO 14644, UNI EN ISO 11425)

Con sistema di tracciabilità per la medicina difensiva.

TOUL flusso laminare focalizzato: può essere trasportato ed installato in qualsiasi sala operatoria in soli pochi minuti senza interferire con il sistema di ventilazione pre-esistente. Disponibile anche in comodato d'uso (si pagano solo i filtri sterili)

Chirurgia ambulatoriale con Toul flusso laminare focalizzato



Toul flusso laminare mobile



Iniezioni intravitreali (in ambienti ambulatoriali)



Il flusso laminare mobile Toul crea le condizioni asettiche per poter effettuare interventi chirurgici in un ambiente ambulatoriale protetto. (iniezioni intravitreali, cataratta, tunnel carpale, cistoscopie, inserimento cateteri venosi centrali, ecc.)

La Chirurgia Ambulatoriale facilita il percorso chirurgico, non richiede il pernottamento in ospedale e consente una vita personale meno condizionata dalla struttura ospedaliera e dai suoi rischi (infezioni ospedaliere), fornendo un trattamento in ambiente protetto

**Contatti: Normeditec s.r.l. 43018 - Trecasali (Parma) Tel. 0521/ 87 89 49 Tel. 348 730 24 45
Fax: 0521 37 36 31 info@normeditec.com**

Video disponibile sul sito!

www.normeditec.com

LINEA DI INDIRIZZO E CONTROLLO PER LA QUALIFICA DEL SERVIZIO DI RISTORAZIONE IN SANITÀ
INTRODUZIONE E SINTESI OPERATIVA

1. Contesto di riferimento e Quadro normativo
 - a. Il ruolo delle società scientifiche
 - b. Approccio alla gestione del rischio clinico
 - c. Il pasto in ospedale: momento di cura e tradizione gastronomica. Ritmi e culture alimentari
 - d. La qualità del servizio di ristorazione ospedaliera
2. Cosa contiene il documento
3. Cosa non contiene il documento
4. Come utilizzare il documento
5. Obiettivi e destinatari
 - a. Obiettivi del documento
 - b. Destinatari/utilizzatori target e parti interessate

METODOLOGIA DI LAVORO

1. Gruppo di Lavoro e ruoli
2. Enti e Società scientifiche coinvolte
3. Approccio metodologico e ricerca bibliografica
4. Metodologia di valutazione in itinere e validazione finale del documento
5. Revisione periodica aggiornamento e diffusione

ARGOMENTI

1. La ristorazione in sanità
 - introduzione
 - glossario
2. Criteri di indirizzo e controllo
 - progettazione ed organizzazione del servizio di ristorazione ospedaliera
 - aspetti nutrizionali
 - qualità degli ingredienti
 - variabilità e aspetti sensoriali
 - aspetti organizzativi, logistici e competenze del personale
 - aspetti igienico-sanitari
 - aspetti tecnologici
 - aspetti ambientali
 - aspetti di comunicazione
 - qualità percepita del pasto e del servizio
3. Strumenti per la valutazione della qualità del servizio

RIFERIMENTI NORMATIVI
BIBLIOGRAFIA

4
4
4
5
6
7
8
9
9
9
10
10
10
10
10
11
12
13
13
13
14
16
16
16
19
27
30
31
42
47
52
54
56
57
58
59

L'OSPEDIALE - Periodico Trimestrale dell'ANMDO Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere Fondato dal Prof. Pino Foltz Anno 71 - Numero 3 - luglio-settembre 2018

Direzione, Amministrazione, Redazione e Pubblicità

EDICOM s.r.l.
Sede legale: via Zavanasco, 2
20084 Lachiarella (MI)
Sede operativa:
Via Alfonso Corti, 28 - 20133 Milano
tel. 02 70 63 36 94
fax 02 70 63 34 29
e-mail: info@gsanews.it - www.gsanews.it
Direttore responsabile: G. Serrano
Direttore editoriale: G. Finzi

Segretario scientifico: I.I. Mura

Comitato di direzione: Appicciafuoco, A. Battista, A. Benvenuto, F. Bisetto, S. Brusafiero, M.T. Cuppone, G. Finzi, K. Kob, R. Lanzetta, R. Li Donni, G. Matarazzo, I.I. Mura, O.A. Nicastro, G. Pelissero, A. Pellicano, C. Ponzetti, R. Predonzani, G. Schirripa, G. Serafini, R. Siliquini, D. Stalteri, L. Tattini

Comitato di redazione: A. Appicciafuoco, M. Chittaro, G. Finzi, K. Kob, I.I. Mura, O.A. Nicastro, G. Pelissero, F. Ripa, R. Siliquini

Abbonamenti

Italia annuo	€ 31,00
Europa	
Paesi Extra Europei	€ 103,00
Copia	€ 1,29
c.c.p. 38498200	

Grafica e impaginazione: A&C STUDIO

Fotolito e stampa:

T&T STUDIO - MILANO
Aziende Grafiche Printing - Peschiera Borromeo (MI)
Autorizzazione del tribunale di Milano n°264 del 04/05/2001.
La pubblicità non supera il 45% del numero delle pagine di ciascun fascicolo della rivista.

© Copyright EDICOM s.r.l. - Milano

Ai sensi dell'art. 2 comma 2 del codice di deontologia relativo al trattamento dei dati personali nell'esercizio dell'attività giornalistica, si rende nota l'esistenza di una banca-dati personali di uso redazionale presso la sede di Via Alfonso Corti, 28 - Milano. Gli interessati potranno rivolgersi al responsabile del trattamento dei dati sig. ra Barbara Amoruso presso la sede di Milano Via Alfonso Corti, 28 per esercitare i diritti previsti dal D.lgs 196/2003"

CSST CERTIFICAZIONE EDITORIA SPECIALIZZATA E TECNICA

Testata volontariamente sottoposta a certificazione di tiratura e diffusione in conformità al Regolamento CSST Certificazione Editoria Specializzata e Tecnica Certificazione B2B

Per il periodo 1/1/2017-31/12/2017
Periodicità: TRIMESTRALE
Tiratura media: 3.125
Diffusione media: 2.941
Certificato CSST n. 2017-2644 del 28/2/2018
Società di Revisione: METODO SRL

associato a:
ANES ASSOCIAZIONE NAZIONALE EDITORIA DI SETTORE

Linea di Indirizzo e Controllo per la qualifica del Servizio di Ristorazione in Sanità

GF. Finzi, A. Cicero, C. Clementi, C. Ponzetti, D. Gabellini, G. Baldisserra, G. Fatati, I. Mura

I rispettivi ruoli degli autori sono consultabili a pag 10 - "1. GRUPPO DI LAVORO E RUOLI"

INTRODUZIONE E SINTESI OPERATIVA

1. CONTENUTO DI RIFERIMENTO E QUADRO NORMATIVO

RUOLO DELLE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

Negli ultimi anni, la progressiva diffusione del governo clinico ha reso sempre più necessaria una collaborazione attiva tra società scientifiche ed organismi di politica sanitaria nazionali e regionali, per integrarne la mission con la *clinical governance* del sistema sanitario ed, in particolare, con le strategie di gestione del rischio. Viene infatti sempre più riconosciuto alle società scientifiche il ruolo di attori protagonisti per migliorare la qualità dell'assistenza attraverso l'eccellenza professionale, le attività di ricerca finalizzata e lo sviluppo dell'innovazione tecnologica per il miglioramento della sicurezza delle cure.

La produzione di linee guida (LG) in accordo con standards metodologici nazionali ed internazionali, nonché lo studio di appropriate strategie di adattamento e implementazione locale di Linee Guida al fine di diffonderne i contenuti a tutte le categorie professionali interessate, agli organismi di politica sanitaria ed alle associazioni di utenti costituiscono, attività prioritarie per le Società Scientifiche.

La Legge Gelli Bianco 24/2017 ha ulteriormente sottolineato tali aspetti. Si cita testualmente: "La sicurezza delle cure e parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività. La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche ed organizzative. Alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private,

è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale. Nell'articolo 5 inoltre si fa riferimento a "...linee guida pubblicate ai sensi del comma 3 ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della Salute."

Al dettato legislativo stanno seguendo i relativi decreti attuativi, di cui uno del 02/08/2017 supporta quanto stabilito nel suddetto articolo ed individua nelle associazioni scientifiche i protagonisti principali della produzione di linee guida e documenti tecnici, definendo i parametri quali-quantitativi che le società devono possedere per garantire la qualità della documentazione prodotta ed istituendo apposito elenco presso il Ministero della Salute.

APPROCCIO ALLA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Gli attuali criteri generali previsti dal Sistema Nazionale di Accreditamento Istituzionale ai requisiti 3.1 (presenza, formalizzazione e messa in atto di un programma di gestione del rischio aziendale e di gestione delle infrastrutture), 6.2 (promozione della sicurezza e gestione dei rischi, ivi compresi procedure/ Linee guida/ protocolli pulizie e sanificazione ambientale), 7.3 (adozione di iniziative di innovazione tecnico-professionale ed organizzative) sottolineano ulteriormente la necessità di una evoluzione dei contenuti dei requisiti generali verso la centralità dell'approccio alla gestione del rischio e la definizione degli indicatori di qualità (sicurezza, efficacia, appropriatezza, efficienza) da condividere con le istituzioni di politica sanitaria,

sia per fornire supporto professionale alla definizione dei livelli essenziali di assistenza, sia ai fini della concertazione dei budget locali.

Possibili aree di intervento e coordinamento tra Società Scientifiche, enti privati e Organismi Nazionali in ambito di gestione del rischio clinico sono prevedibili all'interno degli attuali criteri generali del Sistema Nazionale di Accreditamento Istituzionale. A titolo di esempio, il criterio n° 6 recita "L'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati".

Per corrispondere a tale criterio, ogni struttura che eroga prestazioni in regime ospedaliero dovrà documentare che siano soddisfatti i requisiti che evidenziano, ad esempio:

- 6.1 Approccio alla pratica clinica secondo evidenze
- 6.2 Promozione della sicurezza e gestione dei rischi
- 6.3 Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi
- 6.4 Strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze

L'approccio alla pratica clinico-assistenziale secondo evidenze scientifiche e il nuovo approccio alla gestione del rischio clinico indicato nella normativa cogente (Legge 24 2017) comportano che le Direzioni Ospedaliere e della singola Unità Operativa Complessa, in base alla definizione di ruoli e competenze specifiche ed esplicitate, debbano definire, formalizzare e diffondere protocolli e/o percorsi di cura e di assistenza condivisi e formulati secondo i principi della *Evidence Based Medicine* ed aderenti a validate Linee Guida. Inoltre è necessario che siano rese evidenti l'applicazione, l'implementazione continua ed il monitoraggio di:

- efficacia ed appropriatezza delle prestazioni e del setting assistenziale da parte dei professionisti sanitari e della Direzione
- applicazione dei protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza
- applicazione delle buone pratiche e delle raccomandazioni ministeriali

Tutto ciò premesso, il presente documento è stato progettato da ANMDO con il coinvolgimento di IQC srl esperto in Sistemi di Gestione Aziendali in Sanità, nell'ambito delle attività specifiche correlate alla Mission dell'Associazione, quali la

valorizzazione delle competenze degli associati, la promozione della formazione continua su ambiti tecnici, la consulenza specialistica attraverso la costituzione di gruppi di lavoro su argomenti specifici e altamente qualificanti, uno dei quali è la correlazione tra rischio clinico e malnutrizione calorico proteica.

IL PASTO IN OSPEDALE: MOMENTO DI CURA E TRADIZIONE GASTRONOMICA. RITMI E CULTURE ALIMENTARI

La presa di coscienza che un corretto regime alimentare sia un potenziale di buona salute deve essere considerata un obiettivo primario per quel che riguarda la salute pubblica. Pertanto una sana alimentazione rappresenta un argomento ricorrente e importante, in quanto il suo contributo e sostanziale per la prevenzione e la cura di numerose sindromi morbose in tutte le età.

Appare quindi evidente come l'organizzazione di un servizio di ristorazione all'Interno di una istituzione sanitaria, deve rispondere ad una grande sfida dandosi obiettivi ben precisi, senza lasciare spazio all'improvvisazione e al fai da te; poiché la nutrizione di un soggetto spedalizzato, in ogni sua forma, va intesa come terapia a carico dell'Azienda Ospedaliera. Per questi motivi chi si occupa di ristorazione ospedaliera deve mirare a raggiungere la qualità totale, perseguibile mediante l'implementazione del dietetico ospedaliero, nonché lo sviluppo di relativi menu variati ed appetibili, che tengano conto dei sapori della tradizione locale, delle varie culture, soddisfacendo i fabbisogni energetici e nutrizionali dei fruitori, nonché delle patologie di cui sono affetti. Il tutto sul piano operativo, presso una struttura ospedaliera, si identifica quindi con la predisposizione del Dietetico ospedaliero, lo sviluppo dei relativi menu base e delle diete speciali standardizzate e non. Il dietetico ospedaliero deve essere sviluppato tenendo conto di criteri nutrizionali di composizione dei pasti coerenti con quanto indicato dai LARN e con le Linee Guida per una sana alimentazione italiana, con apporto calorico e nutrizionale adeguato alla popolazione di riferimento della struttura sanitaria.

In particolare, il Dietetico ospedaliero deve prevedere:

- Linee nutrizionali per i pazienti a vitto libero
- linee nutrizionali modificate per i restanti pa-

zienti che, pur necessitando di un vitto specifico, possono comunque usufruire per il periodo della degenza di trattamenti dietetici standardizzati, quali ad esempio: obesità, diabete, nefropatie, celiachia, allergie alimentari, vasculopatie ecc.

■ promozione ed applicazione di criteri di conservazione, manipolazione e preparazione degli alimenti che garantiscano la sicurezza degli apporti nutrizionali, riducendo al minimo le perdite di nutrienti, di sostanze protettive e contestualmente forniscano tutte le garanzie atte a fornire un pasto dal punto di vista igienico-sanitario sicuro. Questi ultimi assicurati dall'autocontrollo aziendale, come richiesto dalla normativa HACCP-D.LGS 193/07 (ex D.Lgs 155/07)

LA QUALITÀ DEL SERVIZIO DI RISTORAZIONE OSPEDALIERA

“La Qualità è una caratteristica essenziale ed indispensabile dell’assistenza sanitaria ed è un attributo normale di ogni attività assistenziale, assieme al volume ed ai costi. (...) La buona qualità dell’assistenza sanitaria è un diritto di ogni paziente ed è diventata una priorità (...). E’ legittimo per le società attendersi una valutazione sistematica e rigorosa dell’assistenza, per sapere se le risorse sono utilizzate in maniera appropriata e per fornire la qualità dell’assistenza sanitaria migliore possibile.” (Consiglio d’Europa: Appendice alla Raccomandazione n. (97) 17 del Comitato dei Ministri agli Stati Membri “sullo sviluppo e l’attivazione di Sistemi di Miglioramento della Qualità dell’Assistenza Sanitaria”). L’alimentazione del degente è uno degli obiettivi della qualità dell’assistenza sanitaria, in quanto fattore decisivo del benessere personale. La malnutrizione ospedaliera è infatti considerata una “malattia nella malattia”, con ricadute assai pesanti su tempi e costi di degenza. Studi recenti confermano tassi di prevalenza di malnutrizione ospedaliera compresi tra il 20-50% dei soggetti e rilevano che lo stato nutrizionale si deteriora durante il ricovero. Poiché la malnutrizione ospedaliera è un problema ancora presente negli ospedali, l’intervento valutativo ed il trattamento nutrizionale al momento della diagnosi assumono grande importanza, rendendo necessaria una corretta gestione del pasto ospedaliero dalla valutazione iniziale del paziente alla consegna del pasto appropriato sino al suo consumo.

Il pasto ospedaliero:

■ rappresenta un fattore non trascurabile dell’intervento terapeutico ed un aspetto rilevante del comfort, entrambe dimensioni della qualità percepita dal paziente, attualmente acquisita come parte essenziale della programmazione sanitaria a tutti i livelli, in seguito al riconoscimento della centralità del paziente come fruitore di servizi e come attore con una sua specifica identità

■ si può definire come un servizio complessivo la cui qualità è correlata al valore igienico sanitario, nutrizionale, sensoriale e culturale degli alimenti, oltre che agli aspetti connessi alla cura e alla modalità con cui gli operatori provvedono a somministrarlo nei reparti

Il pasto in ospedale presenta inoltre alcune peculiarità, per lo più legate all’organizzazione del Servizio stesso:

■ la **distribuzione dei pasti**, che richiede tempi lunghi di consegna dovuti spesso alla logistica interna della Struttura Sanitaria, con un numero elevato di persone impiegate per il servizio nei vari reparti dislocati in zone anche molto lontane tra loro

■ gli **orari di consumo** spesso molto diversi dalle comuni consuetudini

■ la presenza di **persone ricoverate di tutte le età e culture**, che hanno quindi abitudini alimentari differenti

■ a questo si aggiungono pazienti **con problemi di mobilità e con specifiche malattie**, per cui sono necessarie diete particolari

Per la programmazione, organizzazione e gestione di tale processo è fondamentale la presenza di un team multidisciplinare con figure di elevata professionalità quali: Medico Nutrizionista, Dietista, Economo, Coordinatore di cucina, Responsabile dell’autocontrollo. Si sottolinea l’importanza di garantire un coordinamento efficace di tale attività, che consenta di integrare obiettivi e parametri interdisciplinari di ordine organizzativo, tecnico-professionale, igienico-sanitario, nutrizionale, gastronomico ed economico. Occorre ricordare che obiettivi così complessi, richiedono anche la progettazione di programmi formativi continui, specifici per i componenti del Team e per i Professionisti del Servizio di Ristorazione.

E’ necessario inoltre tenere conto anche delle dif-

ferenti culture alimentari. Sebbene regimi dietetici speciali non influenzino particolarmente l'esito del ricovero in caso di ricoveri di durata breve (2-3 giorni) e quindi non richiedono particolari e complessi accorgimenti dal punto di vista della gestione ospedaliera dei pasti, problemi si possono invece verificare per ricoveri di maggiore durata.

La scelta vegetariana "elastica" (che non escluda latticini, uova e magari pesce), in quanto condivisibile da un punto di vista salutistico, dovrebbe essere sostenuta con la possibilità di assemblare un pasto senza un secondo a base di carne. La scelta vegana invece sul lungo termine può portare a carenze selettive di alcune vitamine (in particolare la B₁₂), di minerali (in particolare Ferro), di aminoacidi ed acidi grassi essenziali, con conseguenze potenzialmente importanti sul miglioramento e recupero di pazienti ricoverati con complicazioni come anemia o piaghe da decubito, ma anche per un maggior rischio di sarcopenia. In questo caso si deve confidare nelle scelte eventualmente attuabili dal paziente vegetariano. Il quadro diventa drammatico nei casi di veganesimo fruttariano o crudista, ove le restrizioni alimentari sono molto più rilevanti, e le scelte ingestibili dal punto di vista dell'organizzazione delle cucine ospedaliere. Oltre alle scelte etiche vi sono alcune scelte correlate alle percezioni di intolleranza. In questo contesto ci riferiamo non alle intolleranze codificate e diagnosticabili (in sintesi, glutine e lattosio), o alle allergie (Lupino, Cereali contenenti glutine, Crostacei, Uova, Pesce, Arachidi, frutta a guscio, Soia, Latte, Sedano, Molluschi, Senape, Sesamo, Anidride solforosa e solfiti), ma alle intolleranze percepite o diagnosticate con metodi non validati che rendono complessa la gestione alimentare del paziente ricoverato. In questi casi usualmente però la cucina ospedaliera è di aiuto perchè basata su alimenti semplici, sottoposti a scarsa processazione ed addizione di spezie, per cui l'esposizione ad additivi o contaminanti potenzialmente allergenici è ridotta al minimo. Per quanto riguarda le scelte religiose vi sono quattro principali religioni che richiedono attenzioni particolari: l'ebraismo, l'islam, l'induismo ed il buddismo. La religione ebraica è quella più complessa da rispettare. In teoria per gli ebrei numerosi cibi sono impuri, ma fra quelli consumati in ospedale il problema si pone usualmente per le carni suine (dato che selvaggi-

na, crostacei e molluschi non vengono in genere impiegati). Gli ebrei ortodossi peraltro consumano solo carne macellata secondo rito Kasher. Una difficoltà in più può nascere dal divieto di cottura di carni e latticini, nonché dell'assunzione degli stessi in uno stesso pasto. In linea di massima, se vi è una buona scelta di piatti vegetariani o contenenti latticini o pesce con scaglie e pinne non dovrebbero sussistere problemi nella gestione pratica della maggior parte dei casi. I due unici veri veti per i pazienti islamici sono l'assunzione di alcool (non prevista dalla dieta ospedaliera) e di derivati del suino. In tal senso, quando fosse presente un piatto contenente derivati di carne suina sarà sufficiente deviare sull'alternativa vegetariana. Teoricamente, la carne non suina dovrebbe essere comunque macellata con rito Halal, ma solo i soggetti più religiosi si attiene rigorosamente a questa pratica.

Gli sciiti ed i sufi sono usualmente vegetariani. Un problema diverso è il periodo del Ramadan, dove non vi è una maggiore restrizione in termini di tipologia di alimenti, ma i pazienti dovrebbero concentrare l'assunzione di cibo in una fase della giornata (dopo il tramonto) quando usualmente non è prevista distribuzione di cibo (se non nel periodo invernale). Tuttavia i dictat religiosi sul Ramadan prevedono che soggetti affetti da malattia e/o anziani possano essere esonerati dalla pratica del digiuno diurno.

Induisti e buddisti dovrebbero essere vegetariani, tuttavia il vegetarianesimo è spesso più una scelta individuale e la maggior parte di questi pazienti seguirà una dieta mista. Nel caso della scelta vegetariana in ogni caso il problema dovrebbe essere ridotto da quanto sopra suggerito, salvo eventuali difficoltà circa la palatabilità della nostra cucina rispetto alle più speziate pietanze orientali.

2. COSA CONTIENE IL DOCUMENTO

La presente linea di indirizzo e controllo contiene indicazioni relative all'intero processo di **produzione, confezionamento, trasporto, distribuzione e somministrazione del pasto lungo tutta la catena di fornitura del Servizio di Ristorazione Ospedaliera** individuandone i punti critici di controllo per la prevenzione di ricadute in termini di disservizio sul paziente ospedalizzato. Diventa infatti impre-

scindibile fornire ai Responsabili ed agli operatori, sia del Servizio di Ristorazione Ospedaliera, spesso esternalizzato, che delle strutture sanitarie, ulteriori strumenti che consentano di svolgere il mandato, nel rispetto dei rispettivi obblighi e responsabilità. A partire dal **Menu Comune**, tenuto conto dei criteri di stesura definiti della norma **UNI 11584:2015 - Servizi di ristorazione collettiva “Requisiti minimi per la progettazione di menu”**, per ciascun ambito, si intende definire:

- Requisiti di servizio lungo tutta la catena di Fornitura del servizio
- Indicatori per il monitoraggio degli obiettivi
- Strumenti e criteri di misurazione
- Livello di qualità accettabile

Siamo di fronte ad un’utenza complessa, con esigenze peculiari, particolarmente esposta al rischio, soprattutto quello di tipo microbiologico: quindi il presente documento prende in considerazione gli aspetti di natura igienico-sanitaria (analisi del rischio, individuazione e messa in atto delle necessarie misure di prevenzione, affrontate in termini globali, prendendo in esame tutti gli aspetti critici coinvolti). Il presente documento affronta in modo puntuale anche la complessità delle funzioni che ruotano attorno al processo di ristorazione in ospedale: preventiva, clinica, assistenziale ed alberghiera, senza trascurare la ricaduta dell’aspetto ristorazione sullo stato psicofisico e nutrizionale degli utenti. Le tematiche sono state sviluppate in chiave di strumento di indirizzo e supporto metodologico atto a promuovere standard di qualità del servizio di ristorazione e a tendere ad un miglioramento continuo della qualità del servizio stesso, basato sia su strategie di sicurezza e qualità che sulla soddisfazione dell’utente.

Le indicazioni contenute nel presente documento e gli strumenti proposti potranno essere l’occasione di confronto tra tutti i soggetti coinvolti a vari livelli nel mondo della ristorazione ospedaliera, nell’ottica di un progressivo e graduale miglioramento del Servizio stesso e delle abitudini alimentari degli utenti. Le attività di comunicazione col paziente, espresse con la Carta dei Servizi di Ristorazione Ospedaliera, le indagini di *Customer Satisfaction* ed il Modulo per la Rilevazione dei Reclami, devono costituire parte integrante del modello di qualità del Servizio di Ristorazione Ospedaliera.

3. COSA NON CONTIENE IL DOCUMENTO

La presente Linea Guida di Indirizzo e Controllo:

- non include raccomandazioni nutrizionali su temi che sono già stati oggetto di documenti specifici di ANMDO e di indirizzo a livello nazionale
- non include raccomandazioni su temi o ambiti molto specifici

4. COME UTILIZZARE IL DOCUMENTO

Questo documento può essere utilizzato a diversi livelli. Nelle aziende sanitarie questo documento può rappresentare per il Servizio di Dietetica e Nutrizione Clinica, per i responsabili aziendali e le figure addette al controllo del rischio clinico e per tutti gli operatori sanitari coinvolti nei processi di Ristorazione Ospedaliera, la base per:

- predisporre i protocolli operativi in collaborazione con gli operatori delle aree interessate
- monitorare l’adesione a pratiche sicuramente in grado di influenzare positivamente gli esiti, la durata della degenza e l’assunzione di consapevolezza sulla corretta alimentazione a domicilio

A livello politico-strategico, questo documento può offrire a coloro che hanno responsabilità nella definizione, implementazione e valutazione di programmi di controllo del rischio clinico delle uno strumento per:

- individuare obiettivi prioritari
- orientare programmi di intervento e programmi di audit sull’adesione a misure di prevenzione efficaci

Per il personale tecnico addetto ai servizi di Ristorazione Ospedaliera, interni o esterni alla struttura sanitaria, il documento può costituire un riferimento ai fini di una formazione specifica sui punti critici del processo ed i risultati ottenibili, al fine di tradurne le indicazioni in percorsi strutturati.

5. OBIETTIVI E DESTINATARI

OBIETTIVI DEL DOCUMENTO

La presente **Linea Guida di Indirizzo e Controllo** ha, quale obiettivo prioritario, quello di indicare

Buone Prassi operative (indirizzo) e comportamenti tesi al miglioramento della qualità del servizio, assumendo a riferimento il Menu Comune e **presidiando l'intero processo di produzione, confezionamento, trasporto, distribuzione e somministrazione del pasto lungo tutta la catena di fornitura, che si sviluppa all'interno di una struttura ospedaliera, nel rispetto di leggi e normative vigenti in materia.**

Il presente documento rappresenta anche un riferimento per attività **di controllo del servizio erogato**, utilizzabile in verifiche di seconda parte o di terza parte per misurare la qualità del servizio ristorativo e del pasto offerto. E' importante sottolineare che si valuta anche il pasto dal punto di vista della **qualità ingredienti / salubrità / naturalità / eco-sostenibilità**, integrando con una valutazione diretta effettuata del paziente. Il documento vuol quindi cercare di tradurre in prassi operative applicabili e sistemi di controllo che misurino la prestazione, i **propositi e gli obiettivi** delle **“Linee di indirizzo ministeriali sulla ristorazione ospedaliera/assistenziale e ospedaliera/pediatrica”**.

Il documento ha inoltre lo scopo di favorire l'applicazione dei più recenti riferimenti normativi in materia contenuti nei Livelli di Assunzione Raccomandati di Energia e Nutrienti (LARN) prodotti dalla Società Italiana di Nutrizione Umana (SINU) aggiornati dall'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione e nelle Linee Guida per una sana alimentazione (INRAN).

La finalità ultima è quella di garantire salute, benessere psicofisico e gratificazione e sicurezza al paziente ospedaliero durante il consumo del pasto, nel rispetto di standard sia di servizio che di prodotto dichiarati nella “Carta dei Servizi della Ristorazione” e monitorati attraverso indicatori percepibili da parte dello stesso.

A tal fine, nella stesura del documento, è stata posta particolare attenzione alle seguenti dimensioni della qualità del servizio e del pasto lungo tutta la catena di fornitura:

AMBITO	OBIETTIVO
Aspetti Nutrizionali	Salute e Benessere Psicofisico del Paziente
Qualità degli Ingredienti	Salute e Benessere Psicofisico del Paziente
Variabilità e Aspetti Sensoriali (gusto, olfatto, vista, tatto, udito)	Gratificazione
Aspetti organizzativi, logistici e di competenza del personale	Qualità Efficienza ed efficacia del servizio
Aspetti Igienico-sanitari	Sicurezza alimentare
Aspetti Tecnologici	Sicurezza e qualità gustativa del pasto
Aspetti Ambientali	Ecosostenibilità e Risparmio energetico
Aspetti di Comunicazione	Informazione del Paziente
Qualità Percepita	Soddisfazione del Paziente e del cliente interno

DESTINATARI/UTILIZZATORI TARGET E ALTRE PARTI INTERESSATE

La presente Linea di Indirizzo e Controllo si applica alla Ristorazione Ospedaliera, ossia alla ristorazione collettiva istituzionale in cui il paziente ospedaliero è il cliente ultimo del Servizio di Ristorazione. Le parti a vario titolo interessate si possono individuare in:

- Società di ristorazione collettiva e altre soggetti che sono coinvolti nel servizio di ristorazione
- Committente pubblico o privato che gestisce la struttura ospedaliera
- Consumatore / paziente ospedaliero

A questi si possono aggiungere, a seconda del contesto, altri soggetti privati, Enti, Organismi, Associazioni di Volontariato, Associazioni di Categoria e dei Consumatori.

L'auspicio è che tutti questi soggetti, direttamente o indirettamente, si attivino in una efficace strategia di cooperazione sinergica, che ponga al centro il paziente e le dimensioni della qualità del servizio e del pasto lungo tutta la catena di fornitura.

METODOLOGIA DI LAVORO

La metodologia utilizzata è stata quella del consenso d'opinioni di un gruppo multidisciplinare d'esperti, per fornire risposte a quesiti e difficoltà frequentemente incontrate nell'organizzare e gestire la ristorazione all'interno delle strutture sanitarie. In particolare, si è focalizzata l'attenzione sui seguenti aspetti relativi a:

- gestione e controllo del servizio di ristorazione
- nutrizione corretta delle persone che usufruiscono del servizio
- sicurezza e qualità degli alimenti
- modalità di preparazione e somministrazione dei pasti
- fruibilità e gradimento dei pasti
- formazione del personale addetto al Servizio di Ristorazione Ospedaliera

Sulla base di tali raccomandazioni si potranno definire metodi e procedure gestionali ed operative

indispensabili per un efficace attuazione del servizio di ristorazione.

1. GRUPPO DI LAVORO E RUOLI

Coordinamento e supervisione:

Coordinamento e supervisione: Dott. Gianfranco Finzi, Presidente Associazione Italiana dei Medici delle Direzioni Ospedaliere (ANMDO)

Coordinamento e revisione dei contenuti: Prof. Ida Mura, Segretario Scientifico ANMDO

Validazione del testo: Dott. Arrigo Cicero, Presidente Società Italiana Nutraceutica. Esperto in Metodologia della ricerca Clinica

Valutazione della qualità delle Linee Guida ed applicazione protocollo Agree 2: Dott. Clemente Ponzetti

Gruppo di lavoro operativo IQC srl:

Dott.ssa Daniela Gabellini, professionista con competenze sui Sistemi di Gestione Aziendale in Sanità
Dott.ssa Giuliana Baldisserra, professionista con competenze in Progettazione, Gestione e Valutazione dei Servizi Sanitari, ed esperienze di auditing in ambito igienico sanitario, rischio clinico, percorsi per la salute e Servizi di Ristorazione Ospedaliera
Dott.ssa Clementina Clementi, esperta settore agroalimentare e ristorazione

Prof Giuseppe Fatati, Presidente Fondazione ADI - Associazione Italiana Dietetica e Nutrizione Clinica onlus

2. ENTI E SOCIETA' SCIENTIFICHE COINVOLTE

Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere - ANMDO, Presidente Dott. Gianfranco Finzi
Fondazione ADI - Associazione Italiana Dietetica e Nutrizione Clinica onlus, Presidente Prof Giuseppe Fatati

3. APPROCCIO METODOLOGICO E RICERCA BIBLIOGRAFICA

Dall'analisi di linee guida prodotte dalle più accreditate organizzazioni internazionali e delle indicazioni del Piano Nazionale Linee Guida emergono parametri di riferimento per la costituzione di una corretta struttura del documento, ai quali il gruppo di lavoro si è attenuto.

Requisiti metodologici essenziali per la produzione di una linea guida sono:

1. La multidisciplinarietà del gruppo di lavoro: il gruppo operativo è costituito da professionisti, medici, biologi ed esperti nel settore della sanificazione ospedaliera. Inoltre i testi e la metodologia di lavoro sono stati per gradi sottoposti al vaglio del Gruppo Nazionale ANMDO per l'Accreditamento. Maggiori e più dettagliate informazioni sui rispettivi ruoli nel capitolo Gruppo di Lavoro.

2. Le revisioni sistematiche della letteratura, attraverso metodi di valutazione oggettivi della qualità degli studi: ove presenti e utili al supporto tecnico scientifico delle raccomandazioni, gli studi sono stati selezionati con criteri oggettivi di qualità (*impact factor*, sono stati scelti articoli da riviste con supervisor esterni)

3. La graduazione delle raccomandazioni (*grading*): si è scelto di focalizzare l'attenzione su temi che a parere degli autori e date le attività di selezione della letteratura hanno prodotto indicazioni di tipo A. Ci si riserva la possibilità di graduare ulteriormente la forza delle raccomandazioni e focalizzare in forma di suggerimento in una fase di approvazione definitiva dei contenuti.

Le informazioni essenziali presenti nei capitoli introduttivi del presente documento sono:

- l'indicazione degli autori delle raccomandazioni, con la specificazione della qualifica e del ruolo svolto nell'elaborazione;

- le decisioni operative richiedono l'applicazione delle indicazioni presenti nel testo, fondate sulle migliori prove scientifiche, alla luce dell'esperienza specifica di settore e di tutte le circostanze di contesto;

- la data in cui il documento è stato redatto e, quando possibile, l'indicazione della durata di prevedibile validità, prima degli aggiornamenti.

4. Gli indicatori di monitoraggio

Nei capitoli introduttivi al documento si definiscono, con dettaglio maggiore rispetto a quello possibile nel titolo e nell'indice, l'argomento e l'ambito delle linee guida, gli scopi e i destinatari del documento e si motiva la necessità delle raccomandazioni, documentando per quanto possibile la rilevanza del tema, inerente prevalentemente al rischio clinico in materia e all'incidenza economica delle diverse decisioni.

A ogni snodo decisionale rilevante, gli autori delle linee guida hanno formulato osservazioni sulla base di una valutazione critica delle migliori prove disponibili. Ove possibile è stato esplicitamente espresso anche in forma numerica il vantaggio atteso, in termini di riduzione del rischio clinico o, in forma subordinata, di altri obiettivi intermedi. Il risultato atteso viene presentato in una forma direttamente rilevante per il singolo paziente, ovvero in termini di benefici e rischi assoluti, e non relativi. La forza delle indicazioni fornite dal presente documento è correlata alla rilevanza ed alla priorità dei temi contenuti nel testo come miglior stima della probabilità che l'applicazione della raccomandazione porti ai risultati attesi.

In casi particolari e fortemente supportati da letteratura, sono stati indicati comportamenti tecnici più appropriati a questo fine. Resta comunque importante ai fini decisionali, la valutazione critica di eventuali aspetti organizzativi e di contesto che possono condizionare le decisioni.

Le ricerche bibliografiche, condotte secondo selezione sistematica attraverso parole chiave, sono riferite principalmente alle seguenti fonti:

NCBI PUBMED <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/> ecdc.europa.eu/en

Ministero della Salute www.salute.gov.it/

Istituto Superiore di Sanità www.iss.it/binary/lgmr2/cont/Manuale_PNLG

4. METODOLOGIA DI VALUTAZIONE IN ITINERE E VALIDAZIONE FINALE DEL DOCUMENTO

Nella stesura del presente documento si è tenuto conto dei seguenti elementi fondamentali per l'elaborazione di Linee Guida:

1. Una linea guida per la salute pubblica dovrebbe basarsi sulle migliori prove scientifiche disponibili e includere una dichiarazione esplicita sulla **qualità delle informazioni** utilizzate (Levels of evidence) e **importanza/rilevanza/fattibilità/priorità** della loro implementazione (*Strength of recommendation*).

2. Il metodo usato per sintetizzare le informazioni deve essere quello delle **revisioni sistematiche** (da aggiornare se già disponibili o da avviare ex novo se non disponibili) o dell'aggiornamento di linee guida basate su prove di efficacia già prodotte da altri gruppi o agenzie.

3. Il processo di sviluppo di una linea guida deve essere **multidisciplinare** e dovrebbe includere anche rappresentanti dei cittadini/pazienti. Il coinvolgimento multidisciplinare di tutti gli operatori sanitari, di esperti metodologi e di cittadini/pazienti migliora la qualità delle linee guida, poichè la condivisione favorisce la sua adozione nella pratica.
4. Una linea guida dovrebbe **esplicitare le alternative**e i loro effetti sugli esiti.
5. Una linea guida dovrebbe essere **flessibile e adattabile** alle mutevoli condizioni locali. Dovrebbe includere le prove relative a differenti popolazioni target e diversi contesti geografici e clinici, considerare i costi e prevedere gli aggiustamenti a differenti sistemi di valori e caratteristiche dei pazienti.
6. Nel produrre una linea guida dovrebbero essere esplicitati i possibili **indicatori di monitoraggio** utili a valutarne l'effettiva applicazione.
7. Una linea guida dovrebbe essere **aggiornata** con regolarità per evitare che le raccomandazioni diventino obsolete.
8. Una linea guida dovrebbe essere **chiara**, dotata di una struttura semplice e di un linguaggio comprensibile, esplicitando in modo inequivocabile i punti ritenuti fondamentali e le aree di incertezza. (Manuale Metodologico PNLG-ISS 2011).

Per la valutazione in itinere dei contenuti e della metodologia di produzione del documento, in osservanza dei principi oggettivati nel Manuale metodologico, il Gruppo di lavoro ha determinato di inviare periodicamente tramite mailing list parti rilevanti di contenuti già definiti o in bozza, specificando lo stato di avanzamento complessivo del lavoro e i relativi sviluppi a breve e medio termine, alla valutazione del Gruppo di Lavoro Nazionale ANMDO, per individuare, condividere e recepire eventuali suggerimenti metodologici e tecnici. Per la validazione finale dei contenuti e della metodologia nella sua versione definitiva, il Gruppo di lavoro nomina almeno due valutatori esperti in materia per sottoporre il documento alla valutazione del Protocollo AGREE 2- sistema internazionalmente adottato per la valutazione del livello di qualità di una Linea guida. AGREE II, recentemente tradotto in italiano a cura della Fondazione GIMBE, consta di 23 item, raggruppati in sei dimensioni, oltre a due item di valutazione complessiva, ciascuno

dei quali analizza un aspetto specifico della qualità del documento. Attraverso una scala a score, e possibile assegnare un punteggio definitivo e il più possibile oggettivo al documento, validandone i contenuti.

Per quanto riguarda grafica ed impaginazione, il gruppo di lavoro ha identificato un progetto grafico uniforme per il documento, che comprende i seguenti elementi:

- logo;
- formato e gabbia delle pagine;
- gerarchia dei titoli per le sezioni, i capitoli e i paragrafi;
- uso dei caratteri, dei corpi e dei caratteri speciali (grassetto e corsivo);
- simboli e grafica per rendere evidenti i gradi di rilevanza e forza delle raccomandazioni;
- formato per le tabelle, schemi riassuntivi e gli algoritmi.

5. REVISIONE PERIODICA AGGIORNAMENTO E DIFFUSIONE

La semplice produzione di linee guida o la presentazione e comunicazione delle raccomandazioni in esse contenute non portano ad alcun cambiamento sostanziale del comportamento tecnico-clinico od organizzativo in assenza di adeguate strategie di diffusione che tengano conto delle condizioni di lavoro in cui si trovano a operare i destinatari delle stesse. Le moderne tecnologie dell'informazione e della comunicazione consentono di adottare modalità di diffusione delle linee guida sempre più efficaci: documenti multimediali consultabili accedendo a siti web specializzati, strumenti di aiuto alle decisioni tenendo conto dei dati disponibili sul singolo paziente, sistemi di gestione dei processi di cura definiti sulla base delle linee guida adottate. E' stata prevista una revisione periodica dei contenuti ed una rivalidazione del presente documento con cadenza almeno biennale, salvo che nuovi elementi di tipo legislativo o tecnico intervengano a modificare in modo sostanziale l'approccio metodologico o i contenuti tecnici, determinando la necessita di aggiornamento.

La diffusione del documento avviene tramite pubblicazione, presentazione in diversi contesti di aggiornamento continuo di medici e personale sanitario e promozione ai livelli preposti all'applicazione.

ARGOMENTI

1. LA RISTORAZIONE IN SANITÀ

INTRODUZIONE

La ristorazione in sanità in Italia rappresenta in valore, da dati del **Centro Studi ORICON – Osservatorio Ristorazione Collettiva e Nutrizione**, il 31.5% della ristorazione collettiva, a pari merito con la ristorazione scolastica con il 31% e la ristorazione aziendale al 30%. Una percentuale di tutto rispetto, su circa 11 milioni di persone che mangiano quotidianamente fuori casa, una su due lo fa in una mensa e di queste la maggior parte appartengono alle categorie più deboli, come bambini e malati, rappresentando questi ultimi un 1.73 milioni di persone. La Ristorazione è un servizio con una forte valenza pubblica e uno straordinario veicolo per incidere positivamente sulle scelte e le tendenze alimentari dei cittadini di oggi e di domani.

La attuale situazione italiana vede una disomogeneità particolarmente marcata tra le Regioni e spesso, nell'ambito della stessa Regione, nella gestione del Servizio di Produzione e Distribuzione Pasti in ospedale.

Tale disomogeneità non si manifesta soltanto a livello di qualità nutrizionale, ma anche nell'approccio alle varie problematiche quali, ad esempio: modalità di distribuzione del pasto, livello di conoscenza e competenza degli operatori, figure professionali impiegate, diversa consapevolezza del ruolo della alimentazione nella promozione della salute. Allo stesso tempo è generalizzata, a livello nazionale, la scarsa attenzione posta alla voce del paziente ospedalizzato, che dovrebbe assumere un ruolo di centralità unitamente alla sue esigenze nutrizionali specifiche, così come indicato nelle **Linee di Indirizzo Nazionale per la Ristorazione Ospedaliera e Assistenziale** approvate in Conferenza Stato-Regioni il 16 dicembre 2010 e pubblicate in G.U. n. 37 del 15 febbraio 2011.

L'ANGEM (Associazione Nazionale che associa le Società di Ristorazione Collettiva) rileva come



l'incidenza della giornata alimentare (pari a 10,30 Euro nel 2016) sul costo pro-capite medio dell'intero servizio sanitario è limitato a circa l'1.2% della spesa giornaliera. E' un dato che fa riflettere, poiché nelle Linee di Indirizzo Nazionale sopra citate vi sono buoni propositi che attribuiscono alla nutrizione ospedaliera un ruolo importante come parte integrante del percorso di cura e riabilitazione, con l'obiettivo di riuscire a diminuire l'accertata malnutrizione ospedaliera e contenere i costi del ricovero. Dall'altra, con un 1.2 % sulla spesa sanitaria giornaliera, si scopre il vero peso economico e valore riconosciuto.

La domanda che sorge spontanea è: come mai sono così fortemente disattese nella realtà le linee di indirizzo ministeriali sulla ristorazione ospedaliera/assistenziale e ospedaliera/pediatria?

Le società di Ristorazione Collettiva sono chiamate a gestire il servizio di ristorazione sulla base di capitolati d'appalto dopo la partecipazione a gare pubbliche, e quindi a confrontarsi con il Committente del servizio che è il primo cliente, sia esso struttura ospedaliera pubblica o struttura privata accreditata presso il SSN. La aggiudicazione prevede la soddisfazione dei criteri minimi del bando, con alcune offerte aggiuntive opzionali, con un loro sistema di autocontrollo applicato che garantisce la sicurezza del pasto erogato e che prevede piani di campionamento e analisi su alimenti e superfici.

Il Committente del Servizio è un Ospedale, pubblico o privato accreditato, che ha rivolto la richiesta del servizio attraverso bandi di gara, sempre più ampi con la riforma del codice degli appalti, che coinvolgono aree territoriali sempre più vaste e che sono predisposti da Centrali di Acquisto di livello Regionale, Nazionale o di Area Vasta.

Le Strutture Sanitarie, mediante l'affidamento del Servizio di Ristorazione, intendono raggiungere quale obiettivo quello di garantire l'erogazione del servizio di ristorazione in modo uniforme, al fine di rispondere nel modo più efficace alle esigenze dell'utenza e del personale dipendente. Inoltre, si pongono come obiettivo finale, quello di offrire un servizio caratterizzato da un buon livello qualitativo sia in termini igienici - sanitari - nutrizionali sia di gradimento del pasto.

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.

L'ospedale pubblico o istituto di cura o clinica universitaria dovrà comunque interfacciarsi ad un certo punto con la società di ristorazione, approvare i menù proposti attraverso il servizio di Dietetica e Nutrizione Clinica (se presente) o la Dietista, conoscere le soluzioni tecnologiche adottate dalla Struttura e le modalità di erogazione del pasto e farsi da garante nei confronti del suo utente / paziente, il cliente ultimo che usufruirà del servizio.

Questo ruolo da garante è fondamentale, quale anello di congiunzione per un servizio che riguarda e viene valutato e percepito dal paziente, che sicuramente non valuta con lo stesso metro di giudizio e parametri il pasto che consuma.

Consumatore o paziente è il destinatario ultimo del pasto consumato in ospedale, dalla colazione alla cena, nutrizione che può essere anche strumento alleato nella cura del medesimo e che riduce complicità e tempi di degenza. Sarà percepito e valutato con strumenti diversi da quelli utilizzati dal Committente, il primo interessato alla variabili prezzo, servizio, sicurezza alimentare, efficienza del servizio, mentre per il secondo il pasto può essere valutato qualitativamente ed apprezzato per aspetti sensoriali e non solo nutritivi, e quantitativamente.

GLOSSARIO

Dieta: Insieme di alimenti assunti abitualmente.

Pasto: Composizione di uno o più piatti destinati al consumo. Le modalità con le quali il pasto può essere conservato fino alla somministrazione sono di seguito elencate.

Confezionamento: Collocazione del pasto in contenitori, mono o pluri porzione, vassoio personalizzato, idonei al loro mantenimento, distribuzione e trasporto dal luogo di produzione al luogo di consumo.

Criteri ambientali minimi (CAM): Indicazioni tec-

niche del PAN GPP (Piano d'Azione azionale per il Green Public Procurement) per il servizio di ristorazione collettiva e la fornitura di derrate alimentari.

Carta dei Servizi: Documento programmatico realizzato al fine di mettere a disposizione del consumatore e/o del cliente gli impegni che il committente e/o il fornitore si assumono nei loro confronti, per mantenere la qualità del servizio di ristorazione fuori casa corrispondente ai requisiti stabiliti.

Soddisfazione del cliente e/o utente: Percezione del cliente e/o utente su quanto i requisiti del servizio di ristorazione fuori casa siano stati soddisfatti.

Nota I reclami del cliente sono un indice comune di scarsa soddisfazione del cliente, ma la loro assenza non implica necessariamente che il cliente sia molto soddisfatto.

Valutazione della soddisfazione del cliente: Insieme delle attività di verifica per rilevare la soddisfazione del cliente del servizio di ristorazione.

Consuetudine/tradizione alimentare: Esprime il legame con gli elementi che caratterizzano le comunità, quali il territorio, l'identità, gli interessi e le affinità.

Sviluppo sostenibile: Sviluppo che soddisfa i bisogni del presente senza compromettere la possibilità delle future generazioni di soddisfare i loro bisogni. Lo sviluppo sostenibile si riferisce all'integrazione degli obiettivi di una elevata qualità di vita, salute e prosperità con la giustizia sociale e il mantenimento della capacità della terra di supportare la vita in tutta la sua diversità. Questi obiettivi sociali, economici e ambientali sono interdipendenti e si rinforzano mutuamente. Lo sviluppo sostenibile può essere considerato come una maniera di esprimere le più ampie aspettative della società nel suo complesso.

Allergeni: Sostanze contenute negli alimenti responsabili delle Allergie Alimentari.

Valutazione sensoriale: Disciplina impiegata per misurare analizzare ed interpretare le sensazioni che possono essere percepite dai sensi (vista, udito, gusto, olfatto, tatto).

Percezione (sensoriale): Esperienza percettiva data dall'elaborazione soggettiva (sulla base di interessi, abitudini ecc) dei dati forniti dagli organi di senso. Tale elaborazione acquista validità oggettiva se trova conferme nella sperimentazione scientifica.

Filiera: Sequenza di fasi e operazioni coinvolte nella produzione, lavorazione, distribuzione e movimentazione del mangime e dell'alimento, dalla produzione primaria al consumo.

Requisito: Esigenza o aspettativa del cliente che può essere espressa, generalmente implicita o cogente.

Conformità: Soddisfacimento di un requisito.

Non conformità: Mancato soddisfacimento di un requisito.

Controllo: Insieme delle attività di verifica della conformità di un prodotto o di un processo.

Ispezione: Valutazione della conformità effettuata mediante osservazioni e giudizi associati, laddove opportuno, a misurazioni e prove.

Indicatore: Caratteristica che permette di definire e valutare il servizio di ristorazione fuori casa.

Fabbisogno nutrizionale: Quantità di energia e nutrienti necessaria a garantire lo stato di salute e benessere dell'individuo.

Fabbisogno medio: Il livello di assunzione del nutriente che è sufficiente a soddisfare i fabbisogni del 50% di soggetti sani in uno specifico gruppo di popolazione.

LARN {Dietary Reference Values}: Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia per la popolazione italiana. Costituiscono l'insieme dei valori di riferimento per la dieta nella popolazione e nel singolo individuo sano. Sono fondati su criteri di natura biologica e preventiva, e formulati sulla base del parere di una commissione di esperti. I LARN formano la base per definire strumenti come linee guida e obiettivi nutrizionali per la popolazione, e possono essere usati per la sorveglianza nutrizionale e in dietetica. Comprendono:

■ **AR (Average Requirement):** Fabbisogno medio

■ **PRI (Population Reference Intake):** Assunzione raccomandata per la popolazione

■ **AI (Adequate Intake):** Assunzione Adeguata

■ **RI (Reference Intake range for macronutrients):** Intervallo di riferimento per l'assunzione di macronutrienti

■ **UL (tolerable Upper intake Level) :** Livello massimo tollerabile di assunzione

■ **SDT (Suggested Dietary Target):** Obiettivo nutrizionale per la prevenzione

Giornata alimentare: Insieme dei pasti consumati nelle 24 h (nel servizio considerato)

Menù base: Piatti messi a disposizione degli utenti nelle situazioni fisiologiche che si articolano in modo vario ed equilibrato, quindi non restrittivo e monotono secondo una periodicità definita.

Nota In ambito ospedaliero può essere definito vitto ospedaliero.

Menù per patologie: Piatti messi a disposizione degli utenti per le patologie sensibili alla dietoterapia, che si articolano in modo vario ed equilibrato, quindi non restrittivo e monotono secondo una periodicità definita.

Menu per allergia e intolleranza: Piatti messi a disposizione degli utenti sensibili ad una determinata sostanza, che assicurano l'assenza di una accidentale contaminazione diretta o incrociata con la sostanza avversa.

Menù per esigenze culturali e religiose: Piatti messi a disposizione degli utenti a seconda delle esigenze espresse, nutrizionalmente equilibrato, che si articolano in modo vario, quindi non restrittivo e monotono secondo una periodicità definita.

Composizione bromatologica del menù: Esprime le caratteristiche e le proprietà chimiche, chimico-fisiche e fisiche degli alimenti, prendendo in esame i singoli fattori nutritivi (protidi, glicidi, lipidi, vitamine, minerali, fibre) contenuti negli alimenti al tal quale.

Composizione nutrizionale degli alimenti: Indicazione della composizione in macro e micro nutrienti degli alimenti.

Prodotto a filiera locale: Alimento la cui intera filiera produttiva (dalla produzione primaria alla fase di commercializzazione) è realizzata entro un'area definita dal luogo di consumo (area geografica, raggio di chilometri, ecc.), indicata dal committente.

Nota Per determinare l'area territoriale o il raggio chilometrico, che devono essere specificati per ogni categoria di prodotto, è necessario tenere in considerazione:

■ la disponibilità stagionale effettiva di ogni prodotto nell'area definita

■ la quantità di ogni prodotto necessaria e sufficiente a soddisfare il numero dei pasti previsti.

A quanto sopra, estratto dalla **NORMA UNI 11584 - Servizi di ristorazione collettiva "Requisiti minimi per la progettazione di menu"**, si aggiungono le seguenti definizioni:

■ **Sicurezza alimentare:** garanzia che un alimento non causerà danno dopo che è stato preparato e/o consumato secondo l'uso a cui esso è destinato, assicurando l'igiene degli alimenti.

■ **Pericolo per la sicurezza alimentare:** agente biologico, chimico o fisico nell'alimento o condizione

dell'alimento che può causare potenzialmente un effetto avverso sulla salute.

■ **Qualità operativa:** ha come obiettivi la limitazione delle criticità dei processi aziendali, la riduzione degli sprechi dovuti a inefficienze organizzative, il monitoraggio dei rischi igienico-sanitari di una produzione alimentare e la rintracciabilità degli alimenti lungo la filiera produttiva.

2. CRITERI DI INDIRIZZO E CONTROLLO

2.1 PROGETTAZIONE ED ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO DI RISTORAZIONE OSPEDALIERA

Lo scopo della ristorazione ospedaliera è fornire pasti che soddisfino i fabbisogni nutrizionali dei soggetti ricoverati. Per raggiungere tale scopo occorre considerare le seguenti affermazioni:

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

Nel paziente ospedalizzato, il VITTO riveste notevole importanza dal punto di vista NUTRIZIONALE e PSICOLOGICO, per alcune patologie riveste un ruolo di vera e propria terapia, ma è anche un momento di svago, di incontro e di rottura della monotonia legata alla routine del ricovero.

I vantaggi attesi dal ripensare il Servizio di Ristorazione Ospedaliera in un'accezione più ampia, sono:

■ erogare un servizio consono alle attese del paziente in termini di qualità e sicurezza ed alla ricaduta dello stesso sull'umanizzazione delle cure e del soggiorno ospedaliero

■ fornire un valido e qualificato apporto nutrizionale attraverso la produzione, confezionamento e somministrazione di cibo, che sia al contempo gradevole, gustoso e rispettoso delle singole esigenze fisiologiche

■ introdurre sistemi di produzione e tecnologie che assicurino tracciabilità delle materie prime, della ricetta e dei suoi ingredienti fino al momento del consumo e che assicurino il miglioramento della qualità delle tecniche di trasformazione e conservazione delle materie prime e degli alimenti

■ porre attenzione alla gradevolezza del menu proposto e garantire il rispetto della stagionalità nei prodotti freschi utilizzati, alla riscoperta del territorio attraverso l'utilizzo di materie prime regionali e di ricette tradizionali

■ individuare e sperimentare modelli ecosostenibili della Ristorazione Collettiva, con particolare attenzione alla ecosostenibilità e al benessere collettivo e ambientale ed alle modalità di approvvigionamento e di logistica congruenti per la riduzione degli sprechi e per la gestione degli avanzi e dei rifiuti

■ assicurare la realizzazione di un servizio dietetico capace di armonizzarsi con le terapie mediche adottate in relazione al quadro clinico dei singoli utenti

■ rispettare tutte le norme dietetiche e dietologiche previste per tutte le possibili patologie cliniche

■ garantire il miglior risultato della veicolazione dei pasti per utenti e dipendenti, ove previsto

■ mappare e rispettare i processi e le attività che determinano la realizzazione del servizio di ristorazione in ogni fase: ricevimento delle materie prime, stoccaggio, produzione, confezionamento, logistica, sanificazione e lavaggio stoviglie

■ individuare una strategia per una corretta ed efficace comunicazione agli utenti ed agli operatori sanitari in materia di nutrizione attraverso un piano di comunicazione che presenti criteri innovativi e caratteristiche di qualità

■ assicurare la più scrupolosa igienicità degli alimenti e dei materiali impiegati, oltre che il rispetto di tutte le vigenti norme igienico-sanitarie e di sicurezza

■ promuovere la sinergia con i vari servizi aziendali interessati nel processo di produzione dei pasti, quali: la Direzione Sanitaria / Direzione Medico Ospedaliera, il Servizio di Dietetica e Nutrizione

Clinica, il Servizio Económico / Acquisti, il Servizio Tecnico (attrezzature)

- razionalizzare le risorse e l'organizzazione interna
- assicurare la flessibilità nell'organizzazione del Servizio rispetto alle esigenze dei pazienti

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, coinvolgendo un sempre maggior numero di attori nelle diverse aree che lo compongono: igienico-nutrizionale, gastronomico-alberghiera, economico-finanziaria, amministrativo-gestionale, educativa e di comunicazione – non ultimo, facilitando abitudini alimentari corrette in un modello efficace di promozione della salute e di prevenzione dei principali fattori di rischio di diverse patologie.

Il Servizio deve essere progettato e svolto nell'osservanza della normativa vigente in materia di ristorazione e di igiene, sanità e sicurezza:

- requisiti dei Regolamenti (CE) sull'autocontrollo del rischio alimentare (legislazione generale, igiene prodotti alimentari, contaminazione alimentare, etichettatura dei prodotti alimentari, additivi e aromi alimentari, legislazione in materia di mangimi ed etichettatura dei mangimi, nuovi alimenti, OGM)
- Linee di Indirizzo Nazionale per la Ristorazione Ospedaliera Assistenziale che tengono conto della qualità richiesta al Servizio in termini di:
 - prevenzione della malnutrizione ospedaliera
 - sicurezza dal punto di vista microbiologico
 - composizione accurata degli alimenti e del piatto
 - gradevolezza al palato e giusta temperatura di servizio
 - introduzione di sistemi di produzione e tecnologie alimentari in grado di assicurare tracciabilità delle materie prime, della ricetta e dei suoi ingredienti fino al momento del consumo e che assicurino il migliora-

mento della qualità delle tecniche di trasformazione e conservazione delle materie prime e degli alimenti

- mantenimento dei valori nutrizionali

- legislazione vigente in materia igienico-sanitaria nelle varie fasi di utilizzo delle derrate, dell'acquisto delle materie prime fino alla consegna dei pasti. In particolare dovranno essere osservate le disposizioni contenute nel così detto "Pacchetto Igiene" nonché nella Legge 283/1962 e nel DPR 327/1980, nelle stesse vigenti

- aggiornamenti Legislativi Europei e Nazionali in materia di sicurezza alimentare, qualità (definizione del merceologico degli alimenti) e di indirizzi o Linee Guida per la ristorazione assistenziale

- regolamento UE n° 1169/2011 (etichettatura) nel rispetto di tutte le fasi produttive e della corretta informazione all'utente

La progettazione del Servizio deve inoltre tenere conto:

- dell'organizzazione delle strutture sanitarie, che 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 operatori ed influisce sulla complessità organizzativa

- del Dietetico, quale strumento terapeutico, educativo e preventivo

- della piacevolezza del menù proposto e della ricaduta dello stesso sull'umanizzazione delle cure e sull'utenza

- della mappatura e rispetto dei processi e delle attività che determinano la realizzazione del Servizio di Ristorazione in ogni fase: ricevimento delle materie prime, stoccaggio, produzione, confezionamento, logistica, sanificazione e lavaggio stoviglie

La complessità del sistema comporta il necessario coinvolgimento di figure professionali con competenze diverse, che devono porre molta l'attenzione nei confronti di questo tipo di ristorazione sia per quanto riguarda l'elaborazione dei menù, che devono essere variati ed equilibrati nello stesso tempo, sia per gli aspetti gestionali-organizzativi e tecnici di preparazione e distribuzione del pasto. La progettazione del Servizio di Ristorazione Ospedaliera deve quindi essere necessariamente

multidisciplinare e coinvolgere figure professionali della Committenza appartenenti a: Direzione Sanitaria, Direzione Medica di Presidio, Direzione Amministrativa, Economato, Ufficio Tecnico, Servizio di Nutrizione Clinica e – ove opportuno - Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN). Sarebbe inoltre auspicabile la partecipazione di Associazioni di Ristorazione Collettiva, di Tecnologi Alimentari, di Associazioni di Pazienti e del Volontariato.

Le fasi principali in cui si articola il Servizio di Ristorazione sono le seguenti:

- Acquisto e stoccaggio delle derrate alimentari e di quanto altro necessario all'espletamento del servizio
- Prenotazione dei pasti dei degenti presso ciascun reparto, mediante sistema informatizzato
- Preparazione, cottura e confezionamento dei pasti (colazione, pranzo, cena) e allestimento dei vassoi personalizzati per i degenti
- Trasporto e consegna dei pasti direttamente al tavolo/letto dei degenti o presso i reparti (ove richiesto)
- Ritiro dei vassoi sporchi
- Fornitura di alimenti complementari e aggiuntivi (generi di conforto) nel corso della giornata

La scelta di come organizzare il Servizio deve tenere conto di diversi aspetti, quali:

- le strutture e le risorse di cui si dispone
- il livello qualitativo che si intende garantire nell'erogazione del servizio
- la localizzazione dei centri di cottura e dei punti di distribuzione
- le distanze da percorrere
- le fonti di approvvigionamento delle materie prime
- le caratteristiche ed il numero di utenti cui è rivolto il servizio ed le esigenze alimentari specifiche.

Lo scopo della ristorazione ospedaliera è fornire i pasti che soddisfino i fabbisogni nutrizionali degli utenti ricoverati. L'intervento nutrizionale assume un diverso significato in relazione alle situazioni in cui può essere messo in atto: ha come obiettivo il mantenimento e la promozione della salute nel soggetto sano, mentre nel soggetto affetto da patologia ha anche finalità terapeutiche specifiche e/o di prevenzione delle complicanze.

Fondamentale diventa quindi l'osservanza di una serie di principi:

- sicurezza
- validità nutrizionale del pasto
- rispetto del gusto e gradibilità del pasto
- rispetto della cultura alimentare locale
- rispetto di particolari esigenze dovute a ragioni culturali, religiose, etiche
- rispetto dell'ambiente e delle risorse in tutte le fasi della ristorazione
- economicità a parità di qualità
- sensibilizzazione del personale verso le problematiche nutrizionali

CAPITOLATO D'APPALTO

Il Capitolato d'Appalto è un importante strumento di progettazione, **che deve prevedere alcuni elementi fondamentali, in particolare (tratto da Linee guida nazionali per la ristorazione ospedaliera e assistenziale):**

- criteri ispirati alla tutela della salute dell'utente ed alla salvaguardia dell'ambiente
- requisiti oggettivi e misurabili nell'ambito dei principi definiti di qualità, economicità, efficacia, trasparenza e correttezza
- centralità del paziente e rispetto delle sue esigenze nutrizionali specifiche
- la tipologia del servizio: gestione diretta/appalto esterno, cucina interna/esterna alla struttura, cottura vitto con legame caldo/refrigerato, distribuzione vitto con carrelli multiporzioni/vassoio personalizzato
- le caratteristiche nutrizionali della ristorazione: numero e composizione pasti, composizione bromato-logica dei menu del vitto comune, caratteristiche e composizione bromatologica delle diete "standard"
- le modalità di prenotazione e di distribuzione dei pasti

Il Capitolato può inoltre consentire di controllare gli effetti ambientali dei servizi erogati, come evidenziato dalla 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

Particolare attenzione deve inoltre essere rivolta alla continuità del servizio e alla disciplina delle sostituzioni del personale mancante, che deve essere effettuata nel rispetto degli istituti contrattuali previsti dalla normativa e in modo da garantire l'immediato reintegro con personale di pari qualifica e debitamente formato, al fine di garantire il mantenimento degli standard qualitativi.

2.2 ASPETTI NUTRIZIONALI

AMBITO
Qualità degli ingredienti
OBIETTIVO
Salute e Benessere psicofisico del paziente

Le **Linee di indirizzo Nazionali per la Ristorazione Ospedaliera ed Assistenziale** riconoscono quali elementi portanti la centralità del paziente ospedalizzato ed il rispetto delle sue esigenze nutrizionali specifiche. Sono infatti di grande rilevanza per il benessere psicofisico del paziente le strategie gestionali e clinico-nutrizionali da adottare per la prevenzione e cura della malnutrizione e la descrizione delle modalità organizzative della ristorazione, con lo scopo di garantire sia la sicurezza alimentare che quella nutrizionale. Una corretta alimentazione costituisce uno straordinario fattore di salute e la nutrizione va dunque **inserita a pieno titolo nei percorsi di diagnosi e cura**, mentre una non corretta gestione del degente dal punto di vista nutrizionale può determinare complicanze.

L'aspetto nutrizionale è parte di una visione strategica più ampia del percorso clinico-assistenziale. La ristorazione in ospedale e nelle strutture assistenziali deve divenire un momento di educazione alimentare e di vera e propria cura. A tal fine, occorre sensibilizzare e formare il personale, renderlo consapevole della delicatezza della materia e disporre di strumenti fondamentali quali il Prontuario Dietetico (o Dietetico), il monitoraggio del grado di soddisfazione del paziente e la rilevazione periodica degli scarti.

Da quanto esposto, risulta chiaro il **ruolo della nutrizione e delle competenze specifiche necessarie** per affrontare al meglio le problematiche di salute della popolazione, e appare altresì evidente che, nella condivisione degli obiettivi, il suo ruolo non è certamente **secondario rispetto ad altri ruoli sanitari**. 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 terapeuti-

che 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 malnutrizione; 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 cibo.

È quindi di fondamentale rilevanza identificare in modo precoce i soggetti malnutriti o a rischio di malnutrizione, quando vengono ricoverati in ospedale. 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. 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.

La peculiarità di tali strumenti è la semplicità di compilazione: possono essere eseguiti da una qualsiasi figura sanitaria, opportunamente addestrata. Esistono test validati dalle società scientifiche di settore: i più conosciuti ed utilizzati sono il *Malnutrition Universal Screening Tool* (MUST) per i pazienti in comunità, il *Mini Nutritional Assessment* (MNA) per la popolazione anziana e il *Nutritional Risk Screening* (NRS) per i pazienti ospedalizzati. In base al punteggio ottenuto, superiore o inferiore rispetto ad un valore soglia, si identifica il rischio di malnutrizione e quindi l'indicazione ad effettuare una valutazione diagnostica più approfondita e ad avviare un programma nutrizionale specifico.

2.2.1 I FABBISOGNI NUTRIZIONALI

Lo stato nutrizionale contribuisce alla qualità della vita di ogni persona e l'alimentazione può costituire fattore di rischio per numerose patologie. Lo scopo della ristorazione ospedaliera è fornire i pasti che soddisfino i fabbisogni nutrizionali degli utenti ricoverati. L'intervento nutrizionale assume un diverso significato in relazione alle situazioni in cui può essere messo in atto: ha come obiettivo il mantenimento e la promozione della salute nel soggetto sano, mentre nel soggetto affetto da patologia ha anche finalità terapeutiche specifiche e/o di prevenzione delle complicanze.



Considerando che l'alimentazione fornita dalle strutture ospedaliere deve comunque assicurare la correttezza nutrizionale, deve cioè soddisfare le esigenze nutrizionali di tutti i degenti, sono stati assunti i **Livelli di Assunzione Raccomandati di Energia e Nutrienti per la popolazione italiana (LARN)** della Società Italiana di Nutrizione Umana e le **Linee Guida per una Sana Alimentazione Italiana dell'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN)**, che costituiscono i documenti di riferimento nazionali per una sana ed equilibrata alimentazione. Sono stati individuati i fabbisogni nutrizionali specifici per la popolazione ospedalizzata che non necessita di dietoterapia e cui viene fornito un pasto basato sul "menù comune o di base" (indicato *in tutte quelle condizioni patologiche che non richiedano particolare trattamento dietetico*). Per le caratteristiche nutrizionali delle diete standard si è fatto riferimento alle raccomandazioni delle **Linee Guida Nazionali ed Internazionali relative alle patologie di più comune riscontro**.

2.2.2 CRITERI DI FORMULAZIONE DEI MENÙ DELLA RISTORAZIONE OSPEDALIERA

I menù della Ristorazione Ospedaliera hanno come **obiettivo prioritario** quello di garantire, a tutti i degenti, una **nutrizione sana, equilibrata, variata e mirata alle esigenze cliniche e metaboliche** dei singoli soggetti oltre a soddisfare abitudini e tradizioni nel rispetto delle diverse culture e pertanto devono essere variati, bilanciati nell'apporto di nutrienti ed adeguati da un punto di vista calorico, nonché finalizzati alla prevenzione degli squilibri nutrizionali derivanti da diete incongrue molto diffuse nella popolazione.

I requisiti generali di un menu sono:

EQUILIBRATO	COMPLETO	VARIO	GUSTOSO	APPETIBILE	RISPETTOSO DELLE ABITUDINI E TRADIZIONI
-------------	----------	-------	---------	------------	---

2.2.2a COMPOSIZIONE DEI MENÙ

Nella ristorazione ospedaliera è di fondamentale importanza elevare il livello qualitativo dei pasti, come qualità nutrizionale e sensoriale, mantenendo saldi i principi di sicurezza alimentare. La corretta gestione della ristorazione può favorire scelte alimentari nutrizionalmente corrette tramite interventi di valutazione dell'adeguatezza dei menù, nel rispetto delle indicazioni dei Livelli di Assunzione giornalieri raccomandati di Nutrienti per la popolazione italiana (LARN).

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

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

2.2.2b TABELLE DIETETICHE E MENÙ

Sono lo strumento di lavoro degli Operatori del Servizio di Ristorazione:

TABELLE DIETETICHE	mirate al tipo di utenza che usufruisce del servizio, indicano la quantità dei singoli componenti il pasto (pasta, pane, carne, verdura, condimento ecc.) in relazione al contenuto calorico delle diete
MENÙ	è la traduzione in preparazioni culinarie (primo piatto, secondo piatto ecc.) delle indicazioni contenute nelle tabelle dietetiche.

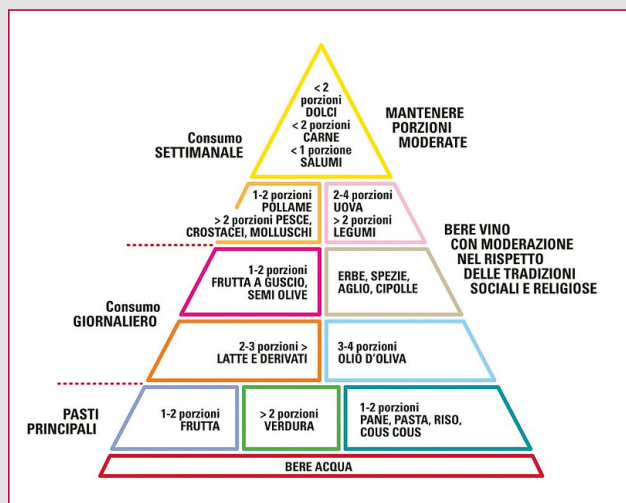
LA DIETA MEDITERRANEA

La nuova piramide alimentare è praticamente il grafico del mangiare corretto, in cui sono disposti in modo scalare i vari gruppi di alimenti, in base alle differenti caratteristiche nutrizionali (i cibi più importanti stanno alla base, quelli meno importanti alla punta). All'interno dello stesso gruppo di alimenti è importante variare, allo scopo di ottenere un'alimentazione completa. Iniziando dalla base della piramide, in cui si trovano gli alimenti di origine vegetale, caratteristici della "Dieta Mediterranea", ricchi in nutrienti non energetici (vitamine, sali minerali, acqua) e di composti protettivi (fibre). Salendo da un piano all'altro, si trovano gli alimenti a maggiore densità energetica e pertanto da consumare in minore quantità, al fine di ridurre il sovrappeso e prevenire l'obesità e le patologie metaboliche.

In figura, si può vedere che alla base sono state messe frutta e verdura, la prima con due porzioni al giorno, la seconda con 2 o più porzioni. Sono ugualmente alla base della piramide pane, pasta, riso e altri cereali, poi vengono latte e olio d'oliva (3-4 cucchiaini al giorno), frutta a guscio e erbe, spezie, aglio e cipolle per ridurre il sale aggiunto, pesce, pollame e uova (da 2 a 4 porzioni a settimana), nonché almeno 2 porzioni di legumi a settimana.

Infine troviamo carne, salumi e dolci, con massimo 2 porzioni moderate a settimana. La piramide raccomanda di bere vino con moderazione e di bere acqua a volontà, facendo attività fisica e mangiando prodotti locali stagionali.

Nell'affrontare un menù base ospedaliero è opportuno osservare tale modello alimentare, sano ed equilibrato, fondato prevalentemente su cibi di origine vegetale e sul loro consumo diversificato e bilanciato. Numerosi studi scientifici hanno dimostrato inoltre che la Dieta Mediterranea è una dieta salubre che aiuta a prevenire le principali malattie croniche come patologie cardiovascolari, diabete, bulimia e obesità e, grazie al potere antiossidante dell'olio d'oliva unito al consumo di verdure, un mezzo importante nella prevenzione dei tumori.



La base per la formulazione delle tabelle dietetiche e dei menu è la nuova "DIETA MEDITERRANEA", che è rappresentata in maniera schematica dalla "piramide alimentare" proposta dall'INRAN (Istituto Nazionale per la Ricerca degli Alimenti e della Nutrizione), è rivolta a tutti gli individui di età compresa tra i 18 e i 65 anni, tiene conto dell'evoluzione dei tempi e della società, evidenziando l'importanza basilare dell'attività fisica, della convivialità a tavola e dell'abitudine di bere acqua e suggerendo di privilegiare il consumo di prodotti locali su base stagionale.

2.2.3 IL PRONTUARIO DIETETICO O DIETETICO OSPEDALIERO

Per la redazione di un menù in ambito ospedaliero è necessaria la presenza di un Dietetico specifico, redatto da soggetti con competenze professionali nei rispettivi ambiti di competenza scientifica, economica e tecnica, in base ai bisogni nutrizionali della persona, la corretta alimentazione e il sup-

porto ottimale al piano di diagnosi e cura.

Considerando che la ristorazione in ospedale rappresenta un momento di vera e propria cura, il Dietetico (con annesso Tabelle Merceologiche):

- è uno strumento fondamentale e indispensabile per pianificare ed ottimizzare l'intervento nutrizionale in ambito ospedaliero

- regola il vitto normale (menu comune), le diete standard e le diete speciali per l'utenza ospedalizzata e le materie prime (derrate alimentari) occorrenti alla produzione del vitto

- rappresenta lo standard di riferimento e favorisce l'adozione di un metodo uniforme e validato

Il Dietetico Ospedaliero deve essere progettato in modo da garantire, in base ai bisogni nutrizionali della persona, la corretta alimentazione e il supporto ottimale al piano di diagnosi e cura, maggiore flessibilità nell'applicazione e possibilità di modulazione ad esigenze nutrizionali anche molto differenziate. A tal fine, deve essere

tradotto in una raccolta di ricette, con dettagliata informazione sugli ingredienti, sulle modalità di preparazione e sulle tecniche di cottura.

Stilare un Prontuario Dietetico significa favorire una migliore gestione della nutrizione. A tal fine vanno analizzate e valutate non solo le questioni organizzative, tecnologiche e nutrizionali, ma anche quelle psicologiche e di benessere del paziente, che sono assolutamente interdipendenti. In sintesi, il Prontuario Dietetico Ospedaliero è la raccolta organizzata degli schemi alimentari utilizzati per i pazienti, che soddisfano le esigenze nutrizionali in base alla loro età, sesso, durata della degenza e patologia. Per ogni schema dietetico deve essere indicato l'apporto calorico, la composizione bromatologica e le indicazioni per l'impiego più appropriato. La predisposizione e l'aggiornamento del Prontuario Dietetico sono da considerare, dunque, un passo importante al fine di una sana alimentazione tesa a mantenere lo stato di salute, a prevenire malattie ed eventualmente a concorrere alla terapia di alcune.

E' opportuno e produttivo che i professionisti (dietisti, nutrizionisti) che si occupano della predisposizione del Dietetico, si interfaccino con i cuochi responsabili di produzione al fine di redigere dei menu con preparazioni nutrizionalmente corrette ed equilibrate, rispondenti alle necessità dei diversi stati clinici, buone e appetitose e soprattutto realizzabili nei contesti produttivi di riferimento (disponibilità di spazi, di attrezzature, ecc).

Il Prontuario Dietetico ha quindi lo scopo di mettere a disposizione degli operatori delle strutture ospedaliere una serie di alternative nutrizionali capaci di consentire una gestione facile, ma corretta, della dietoterapia e di inserirla efficacemente fra i servizi che la struttura ospedaliera offre ai suoi utenti.

Nel Dietetico devono essere previste, oltre al menù comune, diete standardizzate specifiche per soddisfare particolari esigenze nutrizionali o alcune condizioni cliniche, ognuna con un proprio menu. In particolare risultano fondamentali, nel conte-

sto delle strutture di Medicina Interna, Geriatria e Lungodegenza, le diete ad alta densità nutrizionale e di consistenza modificata. Queste diete devono essere elaborate, quando possibile, sulla base del menu comune, al fine di ottimizzare le risorse ed evitare inutili sprechi.

Nello specifico, il Dietetico, tenendo conto della situazione clinica, dell'età dei pazienti e delle loro esigenze nutrizionali, deve:

- riportare la **composizione bromatologica** dell'intero pasto, oltre che le ricette complete di grammature delle materie prime e le modalità di preparazione
- contenere le **prescrizioni dietetiche**, considerando le patologie prevalenti e le esigenze nutrizionali dei ricoverati
- essere di **facile lettura e consultazione**, per consentire al personale di reparto di utilizzarlo presto e bene nell'interesse del paziente
- essere **periodicamente aggiornato e variato**, anche in base alla stagionalità, al fine di assicurare ai pazienti un adeguato apporto nutrizionale

I menù sono elaborati dal Servizio di Dietetica e Nutrizione Clinica in collaborazione con i Coordinatori di Cucina nel rispetto delle esigenze nutrizionali del singolo degente, utilizzando come riferimento i Livelli di Assunzione Raccomandati di Energia e Nutrienti (LARN) della Società Italiana di Nutrizione Umana, le Linee guida per una Sana Alimentazione Italiana e le Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera e assistenziale che costituiscono i documenti di riferimento nazionale.

Nel preparare i menù di un Dietetico ospedaliero, devono essere privilegiati ingredienti locali e stagionali e calibrare **proporzioni, colori e abbinamenti** dei cibi per coprire tutti i gruppi alimentari e garantire così un **buon equilibrio nutrizionale, tenendo conto:**

- dei **valori nutrizionali di ogni portata** diversificati per età, nel rispetto delle indicazioni dei LARN (livelli di assunzione raccomandati di nutrienti)
- dell'**alternanza di primi piatti**
- delle **alternanze e frequenze settimanali di cibi proteici** come pesce, carni bianche e rosse, formaggi, uova e legumi
- del **numero di porzioni di frutta e verdura ottimali** per ogni pasto
- del **livello di gradimento pasti**

Occorre tener presente che gli aspetti nutrizionali e qualitativi dei singoli alimenti devono essere visti nel contesto della tabella dietetica e delle indicazioni per una corretta alimentazione, cioè varietà e frequenza di consumi, nell'ottica di una riduzione dell'apporto di grassi saturi e del contenimento degli zuccheri semplici. Questo determina che, nelle scelte per l'elaborazione del Dietetico Ospedaliero, venga data la preferenza ad alimenti con un'influenza positiva sul metabolismo.

2.2.4 IL MENÙ COMUNE (O MENÙ BASE)

Il **menù base o comune** è il menu destinato a tutti i pazienti che non hanno necessità di seguire un trattamento nutrizionale specifico, prevede una rotazione temporale, una stagionalità e segue le regole della corretta alimentazione, rispettando le proporzioni dei nutrienti, calcolate in base alle indicazioni fornite dai LARN (Livelli di Energia e Nutrienti Raccomandata per la Popolazione Italiana) e dalle Linee guida per la Sana alimentazione Italiana (INRAN), secondo la Piramide Alimentare italiana, al fine di fornire un apporto calorico e di principi nutritivi (macro e micro nutrienti) adeguato alle necessità dei pazienti in base all'età, al peso e alle condizioni di nutrizione.

Per il menù base non si deve considerare soltanto l'alternanza, la varietà dei piatti ed il rispetto della stagionalità, ma anche l'inserimento di ricette tipiche della tradizione gastronomica locale, al fine di rafforzare il legame con il territorio di appartenenza e rievocare, attraverso i piatti, il "ricordo" di antichi sapori.

Utile, ai fini della progettazione del menù, la norma UNI 11584:2015 sui "Servizi di ristorazione collettiva", che fornisce a tutti i professionisti della ristorazione collettiva elementi utili per la progettazione dei menù, nel rispetto della salute, delle esigenze delle diverse comunità e dei principi della sicurezza alimentare, ispirandosi allo sviluppo sostenibile, al risparmio energetico, alla riduzione degli scarti alimentari oltre che alla tutela degli interessi dei consumatori.

La UNI 11584 assicura che la creazione dei menù sia formulata da soggetti con competenze professionali e secondo metodologie condivise e consolidate. Introduce soprattutto un linguaggio comune e la definizione di termini normalmente inseriti in bandi pubblici per il servizio ristorativo, al fine di sanare una disomogeneità di linguaggio fino ad oggi esistente.

I menu comuni, previamente concordati dal Servizio di Ristorazione con le strutture di Dietetica e Nutrizione Clinica Ospedaliera, sono rappresentati da un insieme di ricette fruibili in tutte le situazioni patologiche per pazienti che non hanno problemi dietetici, ma necessitano di una alimentazione varia ed equilibrata, e devono tenere conto di esigenze nutrizionali diverse, prevedendo una vasta gamma di piatti interscambiabili e consentendo una molteplice scelta giornaliera.

MENU COMUNE O BASE

Il menu base deve essere elaborato nel pieno rispetto delle indicazioni nutrizionali previste dal modello di Dieta Mediterranea. In particolare, deve essere:

- fruibile in tutte quelle situazioni che non richiedano un trattamento dietetico
- su base stagionale (Autunno/Inverno e Primavera/Estate) ed, articolarsi a rotazione, su una o più settimane, per promuovere l'utilizzo di prodotti ortofruttili freschi e locali e differenziare maggiormente le preparazioni
- con alternanza dei piatti per ogni portata (scelta tra più primi, più secondi, più contorni) sulla base della durata della degenza
- redatto per utenza, considerando i valori dei LARN 2014 (livelli assunzione riferimento nutrienti per la popolazione italiana per uomo, donna, donna in gravidanza, anziano, bambino)
- appetibile e gustoso, rispondere alle indicazioni dei LARN e non deve presentare eccessive limitazioni dietetiche, se non quando dovute da necessità cliniche
- prevedere una giornata alimentare completa: i menù per degenti devono essere articolati in colazione, pranzo e cena, con la possibilità di 2 spuntini/die (fatto salvo di quanto previsto negli schemi del Prontuario Dietetico e la distribuzione di 200 cl di acqua al giorno per ogni utente adulto)
- prevedere con ciclicità piatti elaborati sulla base di ricette particolarmente adatte per i pazienti "metabolici", nell'ottica di una prevenzione e/o cura cardiovascolare
- privilegiare i prodotti del territorio
- rispettare le abitudini alimentari e gli orari dei pasti
- tener conto delle tradizioni locali, in particolare di quelle relative ai giorni festivi o a ricorrenze nelle quali sia previsto il consumo di cibi particolari

ESEMPIO DI DIETETICO PER il MENU COMUNE

DIETA COMUNE - Composizione bromatologica

Kcal	2235
Proteine	g 102 (18%)
Lipidi	g 63 (25%)
Glucidi	g 332 (57%)

ALIMENTI DA CONSUMARE NELL'ARCO DELLA GIORNATA

Alimenti	Grammi	Sostituzioni
1. Latte intero	g 200	latte intero g 200 con yogurt intero g 200
2. Carne magra	g 240	
3. Parmigiano	g 10	
4. Pasta	g 150	pasta g 150 con riso g 150
5. Pane	g 140	pane g 140 con pane integrale g 160
6. Fette biscottate	g 30	fette biscottate g 30 con biscotti secchi g 30
7. Ortaggi	g 500	
8. Frutta	g 400	
9. Olio extravergine d'oliva	g 40	
10. Marmellata	g 50	marmellata g 50 con miele g 50
11. Zucchero	g 10	
12. Orzo	g 10	

INDICAZIONI: dieta adatta a tutte quelle condizioni che non richiedono un particolare trattamento dieto terapeutico

2.2.4a MENÙ PARTICOLARI

Il Dietetico deve prevedere inoltre menù particolari, quali (a titolo esemplificativo ma non esaustivo):

■ **Menù del nuovo entrato**, secondo le tipologie riportate nelle Tabelle Dietetiche

■ **Ricette locali tipiche**

■ **Menù** in occasione delle festività Capodanno, Epifania, Pasqua, Natale, etc.), con pietanze tradizionali

■ **Menu vegetariani, vegani e Menù rispettosi delle diverse etnie e del credo religioso** (presenza di valide alternative, nell'ambito del menu comune, anche etniche, e che possano soddisfare esigenze di pazienti che abbiano osservanze religiose diverse) – vedi diete speciali

■ **Menù d'urgenza** (non programmabile) **per tutti i pazienti ricoverati in urgenza.**

2.2.4b MENU PER SITUAZIONI DI EMERGENZA

In alternativa al menù base e alle diete speciali, deve essere previsto (a livello progettuale) un menù che consenta di ridurre al minimo i disagi in

situazioni di emergenza derivanti da problematiche varie, tra cui quelle di natura meteorologica, quelle derivanti da disservizi occasionali, da motivi logistici o legati al personale, guasti improvvisi, anomalie dell'acqua in distribuzione, etc. e le soluzioni che si intende adottare per assicurare un servizio regolare e continuo senza interruzioni e garantire la ristorazione di degenti in caso di eventi eccezionali (interruzione di acqua, corrente elettrica, ecc.) o scioperi del personale.

2.2.5 DIETE SPECIALI

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 del paziente ed incidono sulla prognosi clinica, aumentando i rischi di morbilità e mortalità.

Per i degenti con patologie per le quali sia necessario modificare in modo sostanziale l'apporto di alcuni nutrienti (come proteine, lipidi, fibre), devono essere predisposte diete speciali personalizzate in grado di soddisfare le singole, specifiche esigenze.

L'indirizzo delle degenze dell'Ospedale e la valutazione per procedere all'elaborazione di menu analoghi da sovrapporre alle produzioni del menù base, deve tenere in considerazione la destinazione dell'utenza e le fasce deboli indicate dai LARN quali (a titolo esemplificativo, ma non esaustivo): reparti di Geriatria, Pediatria, Ostetricia, Oncologia, Riabilitazione.

Le Diete Speciali si suddividono in:


■ **diete speciali standard** (indicate dalle principali caratteristiche nutrizionali: dieta ipocalorica, ipoproteica, ecc.), le cui caratteristiche devono essere dettagliate nel Prontuario Dietetico

■ diete speciali per stato fisiologico e/o particolari patologie, che devono essere prescritte dal medico

Devono essere garantite diete speciali anche per motivazioni etico-religiose (ad es., musulmani, vegetariani, vegani...). Tali varianti, ugualmente elaborate da personale con qualifica professionale specifica, dovranno prevedere preparazioni alimentari il più possibile simili al menù di base.

2.2.5 a DIETE SPECIALI STANDARD

Il Servizio di Ristorazione deve prevedere la preparazione di diete per situazioni speciali come: allergie/intolleranze alimentari (latte, uovo, ecc.), particolari patologie che richiedano regimi alimentari specifici quali, ad es., ipercolesterolemia, diabete, insufficienza renale e nefropatie croniche, dislipidemie, ecc.), stati transitori di malessere e/o convalescenza di stati patologici.

DIETA IPOCALORICA	indicata per obesità, sovrappeso, diabete, dislipidemie
DIETA IPERCALORICA o IPERPROTEICA	indicata nei pazienti con fabbisogno energetico aumentato (ad es.: puerpere, giovani con fratture, ustionati, pazienti malnutriti o a rischio di malnutrizione, etc.), comprende ricette ad alta densità nutritiva
DIETA IPOPROTEICA	indicata nei pazienti con insufficienza renale cronica e nelle fasi di scompenso acuto delle epatopatie, che tenga in conto dei limiti imposti dalle patologie renali che coinvolgono anche un attento monitoraggio dei sali minerali
DIETA per INTOLLERANZE E ALLERGIE	con indicazioni degli alimenti permessi e di quelli da evitare così come riportato nella letteratura scientifica
DIETA PRIVA DI GLUTINE	indicata per pazienti con celiachia con indicazioni circa gli alimenti da evitare e da sostituire con l'uso esclusivo di prodotti privi di glutine e con specifiche indicazioni sulla preparazione e cottura degli alimenti. I pazienti affetti da celiachia non possono assumere alimenti contenenti gliadina, frazione del glutine contenuta nel frumento, nell'avena, nell'orzo e nella segale, nel farro; non esistono invece problemi per l'ingestione di riso e mais. Tale dieta prevede anche l'utilizzazione di prodotti dietetici specifici privi di glutine, il cui elenco è scaricabile dal sito www.celiachia.it . Tali prodotti, privi di glutine, sono presenti numerosi in commercio e sono riconoscibili dal marchio "spiga sbarrata"
 DIETA A RIDOTTO APPORTO DI FIBRE E DI LATTOSIO	indicata in alcuni casi di diarrea acuta, diverticolite intestinale, preparazione a indagini diagnostiche e interventi
DIETA A CONSISTENZA MODIFICATA	indicata nei pazienti con deficit della masticazione (ad es.: anziani, anoressici) o con disfagia, problemi meccanici o funzionali meccanici di deglutizione, particolari accorgimenti necessari per la terza età in regime di lungo degenza (pasta di piccole dimensioni, elaborati alimentari di facile masticazione, quali polpette, sformati, etc.). In presenza di disfagia è necessario garantire la sicurezza del paziente, evitando il passaggio del cibo nelle vie respiratorie, fornire comunque il giusto apporto calorico per evitare malnutrizione o disidratazione, ed infine, ma non ultimo, proporre cibi invitanti ed adeguati ai gusti del paziente. Pertanto è indispensabile effettuare una scelta accurata degli alimenti da proporre e dei programmi giornalieri equilibrati rispetto al contenuto di tutti i nutrienti.
DIETA DI RIALIMENTAZIONE	indicata dopo digiuno prolungato (ad es.: interventi chirurgici, patologie gastro-enteriche, etc.)

Sono schemi dietoterapici adatti a specifiche patologie con caratteristiche bromatologiche codificate sulla scorta delle caratteristiche nutrizionali e non della patologia per la quale devono essere impiegate. Devono essere allestite, quando possibile, con i piatti del menù comune, opportunamente combinati ed adattati a seconda dell'esigenza di modifica bromatologica, in linea con le Linee Guida per una Sana e Corretta Alimentazione dell'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN).

La codifica delle diete standard deve essere effettuata sulla scorta delle caratteristiche nutrizionali e non della patologia per la quale possono essere impiegate, anche nel rispetto della *privacy* che va riconosciuta ad ogni paziente.

I soggetti allergici presentano gli stessi fabbisogni nutrizionali dei non allergici, quindi la loro alimentazione deve essere in linea con i principi di una sana alimentazione ed è necessario promuovere criteri di varietà, alternanza, stagionalità e consumo di alimenti protettivi anche all'interno di una tabella dietetica speciale. Le preparazioni devono quindi essere il più possibile sovrapponibili a quelle del menù giornaliero standard.

2.2.5 b GESTIONE DEL RISCHIO DELLE DIETE SPECIALI PER ALLERGIE ED INTOLLERANZE

I passaggi essenziali per gestire le diete speciali sono i seguenti:

- **Predisposizione/valutazione di menu specifico**
- **Vigilanza** sulla corretta applicazione delle procedure di preparazione e somministrazione e sulla corretta impostazione del piano di autocontrollo
- **Formazione** specifica per il personale addetto alla manipolazione degli alimenti ed in generale di tutti i soggetti potenzialmente interessati
- **Informazione e comunicazione** sulla gestione del rischio specifico

N.B. Eventuali eccezioni legate alla patologia devono essere autorizzate dal Servizio di Dietetica e Nutrizione Clinica coinvolgendo più figure professionali.

2.2.5 c DIETE PER PAZIENTI PEDIATRICI

Data la fascia d'età, sono da prevedere preparati speciali, sia per consistenza che per gusto (pas-

sati di verdura di alcune verdure, pizza, etc.). Nei reparti pediatrici deve essere inoltre disponibile la dieta priva di latte vaccino e derivati.

N.B. Se in ospedale vi sono reparti pediatrici, deve essere previsto il **Dietetico pediatrico con diete specifiche**: ad alta densità energetica, ipocalorica, ipoproteica, priva di glutine e/o lattosio e/o proteine di latte vaccino, ecc.

2.2.5d DIETE AD PERSONAM

Sono schemi dietoterapeutici prescritti individualmente dallo specialista e redatti dal dietista per soggetti con problematiche nutrizionali complesse.

Qualora siano presenti problematiche nutrizionali complesse che richiedano piani dietetici individualizzati, si sottolinea nuovamente che la dieta speciale con preciso orientamento clinico è un atto terapeutico di ordine sanitario ed è opportuno che le stesse vengano prescritte ed elaborate da personale adeguatamente formato (medici, dietiste).

2.2.6 ORGANIZZAZIONE DELLA GIORNATA ALIMENTARE

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

2.2.6 a RAZIONE ALIMENTARE GIORNALIERA RACCOMANDATA

Per razione alimentare giornaliera raccomandata si intende "il fabbisogno energetico giornaliero" e la varietà dei "nutrienti" di cui ha bisogno ogni soggetto a seconda dell'età, sesso, attività fisica, clima, per godere di uno stato di benessere.

Il valore Nutrizionale di un menù deve tenere conto, al fine di una corretta giornata alimentare, del calcolo bromatologico di ogni portata che andrà a costituire la corretta alimentazione di un adulto sano che non pratica attività fisica, sulla base dell'ultimo aggiornamento dei LARN 2014, che comprende anche le Tabelle con grammature al crudo e al netto degli scarti, da utilizzare all'interno della ricetta da calcolare nutri-zionalmente.



Secondo le indicazioni dell'OMS, è importante garantire l'apporto di 5 porzioni giornaliere tra frutta e verdura, possibilmente di colori differenti (bianco, blu, arancio, rosso e verde) in modo da garantire l'apporto di tutte le vitamine, sali minerali e fibre in esse contenute. E' importante assicurare l'alternanza stagionale di prodotti freschi e locali per la rilevante valenza, nutrizionale ed ambientale oltre a costituire un notevole risparmio di risorse economiche.

L'apporto nutrizionale e le calorie totali giornaliere devono coprire i fabbisogni nutrizionali. La giornata alimentare deve essere quindi articolata su 5 pasti, come dettagliato nella tabella seguente:

PASTI	FABBISOGNO ENERGETICO
Colazione	15-20% calorie totali giornaliere
Pranzo	35% calorie totali giornaliere
Spuntini (mattina e pomeriggio)	10-15% calorie totali giornaliere
Cena	35%
TOTALE	100%

I singoli pasti devono prevedere una equilibrata ripartizione tra i vari principi nutritivi rispettando le percentuali precedentemente espresse. Pasto cardine di un'alimentazione corretta è la prima colazione, che regola i pasti dell'intera giornata. Ogni paziente deve poter comporre il proprio spuntino, che avrà caratteristiche nutrizionali variabili a seconda del tipo di alimentazione prescritta.

N.B. Non sono permesse modifiche a pesi, varietà e qualità delle derrate alimentari se non espres-

samente richieste dalla Dietologia e dalla Direzione Sanitaria nonché autorizzate dalla Amministrazione dell'Azienda Ospedaliera.

2.2.6 b APPORTO IDRICO GIORNALIERO

L'idratazione adeguata sembra essere associata con una diminuzione del rischio di *outcome* avversi, inclusi disturbi urologici, gastrointestinali, circolatori e neurologici. Inoltre, il mantenimento dell'euidratazione è importante per preservare la funzione fisica e mentale. Il numero ristretto di studi d'intervento sui soggetti a rischio, quali bambini, adolescenti, anziani e allettati ha riportato degli effetti positivi di una corretta idratazione.

La precoce identificazione, prevenzione e trattamento della disidratazione porterebbe benefici nella popolazione anziana e ridurrebbe i costi dell'assistenza sanitaria. Per questo i liquidi dovrebbero essere offerti più frequentemente agli anziani allettati.

L'assicurare la giusta quantità di liquidi nell'arco della giornata è pertanto fondamentale e quindi si consiglia di:

- Fornire almeno 2 litri di acqua al giorno
- Fornire durante la mattinata e nel pomeriggio due somministrazioni di liquidi, offrendo bevande tiepide o calde (caffè, thè, tisane) oppure acqua
- Offrire di frequente frutta e verdura fresche

2.3 QUALITÀ DEGLI INGREDIENTI

AMBITO
Qualità degli ingredienti
OBIETTIVO
Salute e Benessere Psicofisico del Paziente

2.3.1 PRODOTTI DA AGRICOLTURA BIOLOGICA

Gli alimenti biologici sono i cibi ottenuti con le tecniche dell'agricoltura e della zootecnia biologica. Gli alimenti da agricoltura biologica, ai sensi del **Regolamento CE 834/07**, sono presenti nella dieta alimentare degli italiani con peso e quantità crescente. Sono prodotti considerati a ridotto impatto ambientale e sani per l'alimentazione, con basso impatto di contaminanti chimici, sono fortemente consigliati nella ristorazione ospedaliera, sapendo che la dieta alimentare affrontata in ospedale è

spesso seguita anche nella fase di convalescenza a casa da paziente.

Nelle Linee di indirizzo Nazionali sulla Ristorazione Collettiva e Assistenziale è specificato che, nella costituzione dei Capitolati d'Appalto, uno degli aspetti da tenere in considerazione nella valutazione della qualità dell'offerta è proprio l'inserimento di "prodotti alimentari a ridotto impatto ambientale" e "a filiera corta".

L'**agricoltura biologica** è un sistema di coltivazione che cerca di offrire al consumatore prodotti freschi, sani, buoni e rispettosi dell'ambiente e che mette al bando i prodotti chimici (pesticidi, fertilizzanti, diserbanti, fitofarmaci ecc.): la terra viene concimata con i soli fertilizzanti organici, cioè con il letame. Sebbene non possano essere utilizzati direttamente dei pesticidi, i prodotti biologici non possono essere considerati totalmente privi di essi (EUFIC), in quanto il letame per essere utilizzato in sicurezza deve comunque essere trattato, perché vengano eliminati tutti i batteri presenti.

Altre caratteristiche dell'agricoltura biologica sono il no agli OGM (Organismi Geneticamente Modificati). I vegetali di origine biologica devono avere etichettatura a marchio convalidante il metodo biologico praticato sui prodotti agricoli e devono essere conformi ai regolamenti vigenti, in particolare al Reg. CEE 2092 e successivi aggiornamenti. Nell'agricoltura biologica, in tanti casi, viene inoltre soddisfatto il **concetto di "filiera corta"**, che indica la diminuzione dei passaggi dal produttore al consumatore finale.

Il valore e la peculiarità di un prodotto da agricoltura biologica è quindi dato dal rispetto di metodi naturali di produzione, dell'ambiente, dei modi e dei tempi fissati dalla natura ed escludono l'utilizzo degli OGM. La certificazione è affidata ad Autorità designate o Organismi privati riconosciuti. Dal punto di vista nutrizionale non esistono delle evidenze conclusive che il cibo biologico sia più nutriente rispetto a quello convenzionale, così come ci sono pochissime evidenze scientifiche che provino che il cibo biologico sia di migliore qualità nutrizionale rispetto al tradizionale.

La zootecnia biologica è un tipo di allevamento che dà la preferenza alle razze autoctone, cioè originarie della zona in cui si trova l'allevamento. Gli

animali devono essere nutriti con mangimi vegetali o biologici, cioè privi di sostanze chimiche, di antibiotici e di ormoni stimolanti l'appetito o favorenti la crescita corporea. Gli animali non possono essere allevati in batteria, ma devono poter godere di uno spazio di pascolo e di movimento.

La produzione biologica è volta a minimizzare l'impatto umano nell'ambiente, evitare lo sfruttamento eccessivo delle risorse energetiche e naturali, tutelare la biodiversità e il benessere animale. Per questo può essere uno strumento importante per coniugare il diritto alla salute con la sostenibilità ambientale.

Dal 2008 è in vigore il "**Piano d'Azione per la sostenibilità dei consumi nel settore della Pubblica Amministrazione (PAN GPP)**" aggiornato con D.M. 10 aprile 2013 pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 102 del 3 maggio 2013, strumento attraverso il quale è possibile massimizzare la diffusione del GPP (*Green Public Procurement*) o Acquisti Verdi, definito dalla Commissione europea come "[...] l'approccio in base al quale le Amministrazioni Pubbliche integrano i criteri ambientali in tutte le fasi del processo di acquisto, incoraggiando la diffusione di tecnologie ambientali e lo sviluppo di prodotti validi sotto il profilo ambientale, attraverso la ricerca e la scelta dei risultati e delle soluzioni che hanno il minore impatto possibile sull'ambiente lungo l'intero ciclo di vita".

Nella definizione dei "**Criteri Ambientali per la fornitura di derrate alimentari**", vengono stabiliti i "**Criteri ambientali di base**" che l'appalto deve obbligatoriamente riportare perché la fornitura pubblica possa qualificarsi come GPP.

Secondo le **Specifiche tecniche** del Capitolo "**Produzione delle derrate alimentari**" del PAN GPP, almeno il 60 % delle derrate (in termini di peso) dovrà essere reperita tra quelle considerate maggiormente *green*. In particolare:

- *Frutta, verdura e ortaggi, legumi, cereali, pane e prodotti da forno, pasta, riso, farina, patate, polenta, pomodori o prodotti trasformati, latte UHT, yogurt, uova, olio extravergine* dovranno provenire per almeno il **40%** da produzione biologica e per almeno il 20% da "sistemi di produzione integrata", da prodotti IGP, DOP e STG.

- I prodotti ortofrutticoli devono essere stagionali, rispettando i "calendari di stagionalità" definiti da ogni singola Stazione Appaltante:

- La *Carne* deve provenire per almeno il **15%** in peso totale da produzione biologica e per il 25% da prodotti IGP e DOP
- Il *pesce* per almeno il **20%**, espresso in percentuale di peso totale, da **acquacoltura biologica**

2.3.2 PRODOTTI A DENOMINAZIONE PROTETTA, TIPICI E TRADIZIONALI

I prodotti DOP - IGP o STG non sono soltanto dei prodotti tipici, ma rispondono a regole di produzione ben precise e sono quindi custodi ufficiali di tradizioni e qualità e possono essere considerati dei beni culturali.



Nella predisposizione del menù comune, deve essere privilegiata la scelta di ingredienti e prodotti tipici. Sono considerati prodotti tipici i prodotti a denominazione di origine protetta (DOP), a indicazione geografica protetta (IGP), specialità tradizionale garantita (STG), i prodotti di montagna e i prodotti dell'agricoltura delle isole, ai sensi del Regolamento CE 1151/2012. In aggiunta, si possono considerare i prodotti agro-alimentari tradizionali iscritti all'Elenco Ministeriale istituito dal MIPAAF ai sensi del DM 350 del 1999 (ultimo aggiornamento del 05.06.2014).

DOP	marchio di tutela giuridica della denominazione, che viene attribuito per legge (Reg. CE n. 2081/92 del 14/07/92) a quegli alimenti le cui peculiari caratteristiche qualitative dipendono dal territorio in cui sono prodotti. Per legge tutte le fasi di produzione, trasformazione, elaborazione devono avvenire in un'area geografica ben delimitata
IGP	prodotti in cui almeno una fase del processo produttivo (produzione, trasformazione e/o elaborazione) deve avvenire in un'area geografica particolare
STG	specialità tradizionale garantita: sono prodotti agricoli e alimentari che hanno una specificità legata al metodo di produzione o alla composizione legata alla tradizione di una zona ben determinata
PAT	Prodotto Agroalimentare tradizionale: sono prodotti inclusi in un apposito elenco, predisposto dal Ministero delle politiche agricole alimentari e forestali con la collaborazione delle Regioni.

Tutti i prodotti DOP - IGP e STG devono provenire da fornitori che operano obbligatoriamente all'interno del regime di controllo e certificazione previsto dai regolamenti (CE) N. 510/2006, (CE) N. 1898/2006 e (CE) N. 509/2006, con successive modificazioni e devono, quindi, essere assoggettati a uno degli Organismi di controllo e certificazione riconosciuti dal Ministero delle Politiche Agricole e Forestali.

Altro aspetto che consente di discriminare le materie prime utilizzate nei menù è la scelta di prodotti di origine italiana, certificati come tali o che hanno una rintracciabilità di filiera ai sensi della **ISO UNI EN 22005 /Traceability in the feed and food chain – General principles and basic requirements for system design and implementation**” che dimostri l'origine italiana.

Le scelte qualitative che dimostrano l'attenzione alla cura e selezione degli ingredienti dei pasti possono essere, a titolo esemplificativo ma non esaustivo:

- uso di verdure fresche (comprensivo di quarta gamma) anziché verdure surgelate
 - uso di ingredienti con un limitato/ridotto uso di additivi, conservanti (i.e. nitriti e nitrati nei salumi), acidificanti (ad es., in vegetali conservati – pomodoro, etc.) e conservanti (sorbato di potassio), preparazione senza coloranti
 - uso di grassi alimentari non idrogenati ed esterificati
 - spremute fresche o centrifugati o pastorizzate o trattate ad alte pressioni idrostatiche anziché succhi di frutta sterilizzati, senza zuccheri aggiunti, come idratazione a metà mattina e metà pomeriggio, attraverso spremiagrumi su carrello che vanno direttamente nelle stanze di degenza
 - ingredienti freschi anziché conservati (es. frutta e verdura, carne fresca..), con alcune eccezioni: ad es., per il pesce è preferibile per la sua gestione sicura il pesce surgelato
 - altre certificazioni di sostenibilità ambientale si ritrovano nel settore della pesca (e molti sono i prodotti ittici surgelati disponibili sul mercato che li adottano) e sono i prodotti ittici certificati MSC (*Marine Stewardship Council*) oppure ASC
 - prodotti Equo solidali ad es.: prodotti esotici quali ananas, banane, cacao, cioccolato, zucchero, caffè
- Queste scelte di origine, rintracciabilità e sostenibilità fanno altresì parte dei **CAM (Criteri Minimi Ambientali)** della ristorazione nelle PPAA.

2.3.3 FILIERA CORTA E A BASSO IMPATTO TRASPORTI

Nella predisposizione del menù comune, dovrebbe essere privilegiata la scelta di ingredienti e prodotti locali, da **filiera corta**, ossia con un ridotto numero di intermediari commerciali. Ciò influisce solitamente anche sulla distanza tra luoghi di produzione e consumo, con un basso impatto sui trasporti. Il caso esemplificativo con il minor numero di passaggi è la vendita diretta dall'agricoltore, ma ciò non è sempre facilmente applicabile nella realtà.



Tale modalità può essere applicata ad alcune particolari categorie merceologiche, prodotti definiti “a chilometri zero” s'intende dire che, per arrivare dal

luogo di produzione a quello di vendita e consumo, esso ha percorso il minor numero di chilometri possibile (che, ovviamente, ben di rado è davvero pari a zero). L'idea di fondo, in sostanza, è quella di ridurre l'impatto ambientale che il trasporto di un prodotto comporta, in particolare l'emissione di anidride carbonica che va ad incrementare il livello d'inquinamento. La riduzione del trasporto di tali materie prime ai centri di cottura o magazzini di ricevimento/stoccaggio non solo favorisce l'ambiente, ma garantisce una maggior freschezza dei prodotti e una valutazione sensoriale migliore da parte dell'utente, oltre una ad una riconoscibilità territoriale, che è apprezzata dal paziente che vive solitamente nella comunità dove si trova la struttura ospedaliera.

2.4 VARIABILITÀ E ASPETTI SENSORIALI

AMBITO
Aspetti Sensoriali (gusto, olfatto, vista, tatto, udito)
OBIETTIVO
Variabilità/Appetibilità del cibo - Gratificazione del paziente

Nella predisposizione del un menù comune per il paziente ospedaliero, libero da prescrizioni di diete speciali, devono essere considerate le sue aspettative in termini di gusto, olfatto, vista, *tatto*, per i pasti nei vari momenti della giornata (**colazione, spuntino, pranzo, merenda, cena**).

La **variabilità del menù** può essere ottenuta semplicemente con l'utilizzo di prodotti di stagione e tipici con i quali si possono elaborare ricette sempre diverse. L' **appetibilità** è il risultato del giusto bilanciamento tra l'umidità naturale e la temperatura del cibo.

Incidono notevolmente sulla qualità percepita del pasto servito:

- **i criteri sensoriali della composizione del pasto**, che devono prevedere un'accettabile palatabilità e gusto, all'insegna della varietà delle risorse della gastronomia locale e delle tradizioni, e tenere in considerazione l'aspetto visivo (disposizione del cibo dei piatti e colore)

- deve essere assicurata, nel rispetto dei requisiti di sicurezza igienico-sanitari, una **temperatura ragionevole e ottimale al momento del consumo dei cibi**. A tal fine bisogna considerare che esposizioni di pochi minuti a temperatura ambiente per ripristinare una giusta temperatura di consumo non incidono in maniera significativa sulla sicurezza del prodotto

Devono essere definiti parametri in termini di **rotazione delle ricette**, ingredienti, menù tradizionali, menù etnici, freschezza, metodologie e tecnologie che preservano **aspetti sensoriali** lungo la fornitura del pasto necessari (es. tempo di distribuzione, modalità per preservare l'aroma, l'appetibilità, la consistenza, ecc.). **Le sensazioni visive, gustative, tattili, uditive associate agli alimenti possono essere gratificate dai seguenti aspetti:**

- **presentazione** fotografica del menù attraverso strumenti di comunicazione adeguati: schermo televisivo, *tablet*, presentazione fotografica stampata

- presentazione del **vassoio** e delle **stoviglie** - modalità di **presentazione del coperto**. deve essere privilegiato l'uso di stoviglie di ceramica/metallo (laddove possibile)

- **mise en place/impiattamento della ricetta** (ingredienti addizionali, presentazione alimento ricca visivamente, “si mangia innanzitutto con gli occhi”...) comprensiva di forma, gradevolezza, presentazione del pasto.

2.4.1 CARATTERISTICHE DEL PASTO E GRATIFICAZIONE DEL PAZIENTE

Ai fini della gratificazione del paziente, vanno inoltre considerati i seguenti aspetti:

- **composizione cromatica** del pasto prevedendo minimo 2 colori per singola portata

■ **udito e consistenza:** l'udito viene associato al consumo degli alimenti perché le vibrazioni dovute alla masticazione completano la percezione della consistenza e dell'appetibilità, es. masticabile, croccante, brodoso, gommoso elastico, duro, viscoso, friabile, farinoso. Tali qualità sono positive o negative a seconda del tipo di alimento

■ **presentazione di menù per esigenze culturali e religiose/menù vegetariano**, etc.

■ **sistemi di veicolazione e trasporto:** mezzi con impatto ambientale ridotto /riduzione km e CO2

■ **orari dei pasti:** secondo abitudini e regole locali – accordo orari con esigenze organizzative/sanitarie

■ **ritiro del vassoio** una volta consumato in tempi brevi

■ **diversificazione merenda:** alternativa frutta/macedonia o tisaneria

■ **metodiche e sistemi** di trasferimento/conservazione atte a **preservare l'aroma**

■ **ingredientistica:** utilizzo di ingredienti alternativi al fine di migliorare il gusto: erbe aromatiche a sostituzione del sale e per insaporire le preparazioni, ingredienti alternativi: es. riso venere o pasta integrale, succhi di frutta senza zucchero e bevande integrative, alimenti *free from*

■ **proposte alternative per la colazione:** ad es., yogurt e cereali - prodotto dolciario da forno fresco - caffè (con caffeina/decaffeinato) e non orzo, latte fresco / UHT (non in polvere), latte addizionato, latte formulato

■ **integrazione acqua:** disponibilità di 2 litri al giorno a paziente

■ **menù tradizionali per festività, occasioni speciali**, etc.

■ **periodicità di revisione del menù:** sulla base della valutazione scarti e non solo stabilità da calendario

■ **menù alla carta** (libera scelta) a degenti ultimo miglio (in *hospice*, in ospedale. etc)

2.5 ASPETTI ORGANIZZATIVI, LOGISTICO-DISTRIBUTIVI E COMPETENZE DEL PERSONALE

AMBITO
Organizzazione, Logistica e Formazione
OBIETTIVO
Qualità, efficienza ed efficacia del Servizio

2.5.1 PROCEDURE OPERATIVE

E' opportuno realizzare una standardizzazione delle principali procedure operative del Servizio di Ristorazione Ospedaliera, per ottenere chiarezza nelle comunicazioni fra personale con competenze diverse: ottimizzazione dei tempi, facilitazione del lavoro e garanzia del risultato atteso.

Le procedure attinenti alle diverse fasi del Servizio di Ristorazione comprendono:

■ Approvvigionamento, stoccaggio, corretta conservazione e manipolazione di tutte le derrate alimentari

■ Preparazione e consegna delle colazioni con carrelli e dispenser idonei, ritiro degli stessi e delle stoviglie utilizzate e successivo lavaggio

■ Preparazione e cottura dei pasti (pranzo e cena) diete standard e diete speciali

■ Porzionamento e confezionamento del vitto pronto

■ Allestimento vassoi personalizzati per i degenti (pranzo e cena), consegna e successivo ritiro al letto del degente trasporto, distribuzione e somministrazione del vitto

■ Ritiro dai reparti, pulizia ed igienizzazione di vassoi e coprivassoi (qualora non monouso), e contenitori termici dopo ogni utilizzazione

■ Lavaggio del materiale strumentale oltre a quello di cucina utilizzato per la preparazione, il confezionamento e il trasporto (attrezzature, stoviglie, pentolame, carrelli, vassoi, ecc.)

■ Pulizia e sanificazione e riordino dei locali, degli impianti, delle attrezzature e dei veicoli utilizzati, dopo ogni utilizzazione e al termine di tutte le operazioni sopra elencate

■ Cura igienica personale e dell'abbigliamento di lavoro degli addetti alla manipolazione diretta ed indiretta del vitto, i quali dovranno essere regolarmente in possesso di idoneità sanitaria, indossare sempre sopravvesti chiare, copricapo e guanti

■ Applicazione della normativa HACCP e assunzione relative responsabilità

■ Raccolta negli appositi contenitori e deposito nei cassonetti dedicati di tutti i rifiuti prodotti durante tutte le sopra citate fasi di lavoro avendo cura di effettuare la raccolta differenziata

■ Manutenzione ordinaria e straordinaria delle attrezzature e degli impianti del centro cottura

Tali procedure dovranno essere sempre espletate in condizioni di massima sicurezza igienica e secondo le specifiche raccomandazioni per la ristorazione ospedaliera, tali da assicurare elevati standard igienici, nutrizionali e dietetici indispensabili per la peculiare tipologia di utenza.

2.5.2 APPROVVIGIONAMENTI, CARATTERISTICHE E QUALITÀ DEI PRODOTTI

Come già espresso in precedenza, la qualità di un pasto dipende in buona parte dalla qualità delle materie prime utilizzate, che a sua volta risente sia delle condizioni di produzione che di quelle di trasporto e conservazione. Per questa ragione, il Servizio deve dedicare un impegno molto significativo a tutti gli aspetti riguardanti la **scelta, l'utilizzo e la gestione delle materie prime alimentari**, utilizzando prodotti provenienti, ad es., da agricoltura biologica, a lotta integrata, a filiera controllata, DOP - IGP e STG (specialità tradizionali garantite), nonché da produzioni locali. 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. Pianificando gli acquisti ed elaborando i menù, 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.

E' utile preferire l'impiego di materia prima rispetto a prodotti semilavorati, conservati o preparati dell'industria, semplificando all'occorrenza l'offerta giornaliera del menù; eliminare oli e grassi vegetali diversi dall'olio extravergine di oliva (secondo quanto raccomandato dalle linee guida INRAN e LILT); 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.

In ogni caso, deve essere dedicata una grande attenzione alla valutazione dei sistemi di garanzia che vengono adottati dalle aziende fornitrici, in modo che alle caratteristiche e alle denominazioni dichiarate corrispondano effettivi e documentati requisiti dei prodotti e dei processi produttivi, nel rispetto della normativa vigente.

La selezione e il controllo sulle materie prime acquisite e sui fornitori rappresentano un tassello importante della **Qualità**, della **Sicurezza Alimentare** e della **Tracciabilità**. Per tutte le derrate alimentari deve essere garantita la rintracciabilità (**Regolamento CE 178/2002**): questo consente di acquisire notizie sull'alimento dalla sua origine al momento dell'utilizzo e di applicare i sistemi di controllo basati soprattutto su una attenta valutazione dei fornitori e su un piano di verifiche ispettive e controlli analitici.

2.5.2a CRITERI GENERALI PER L'APPROVVIGIONAMENTO DI DERRATE ALIMENTARI

Come stabilito dalle Linee Nazionali per la Ristorazione Ospedaliera e Assistenziale, esistono alcuni criteri dai quali non si può prescindere per garantire un'adeguata sicurezza igienico sanitaria e nutrizionale:

- **Definizione di un piano di approvvigionamenti in base al menù settimanale, evitando di avere un'eccessiva scorta in magazzino, soprattutto se di merci deperibili che dovranno essere organizzate in modo da garantire i requisiti di freschezza al momento del consumo**

- **Approvvigionamento da fornitori che possano certificare la qualità dei loro prodotti e dimostrare l'adozione di sistemi di assicurazione di qualità e di regole di buona prassi igienica.** Tutti i prodotti da produzione agroalimentare tradizionale devono provenire da fornitori di prodotti iscritti nell'Elenco nazionale dei prodotti agro-alimentari tradizionali istituito presso il Ministero per le politiche agricole
- **Presentazione degli** alimenti in confezioni sigillate, integre, pulite, senza anomalie visibili tipo rigonfiamenti, ruggine, sporcizia che devono riportare tutte le indicazioni previste in materia di etichettatura. Tutti i prodotti forniti devono presentare materiale a contatto con alimenti (*packaging*) conforme alla normativa vigente (Regolamento CE 2023/2006)

2.5.2b CONTROLLO E STOCCAGGIO MATERIE PRIME

Le materie prime in arrivo devono essere suddivise nelle varie categorie d'appartenenza, etichettate e conservate in luoghi separati all'interno del magazzino in scaffali ed in celle di surgelamento o frigoriferi. Questo consente una **facile rintracciabilità** e un corretto mantenimento delle caratteristiche igieniche e organolettiche.

La procedura di stoccaggio alimenti segue il **criterio FI-FO** (*first in first out*), per cui la prima merce ad entrare è la prima a essere utilizzata in produzione, consentendo una rotazione ottimale.

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.

N.B. I prodotti che non superano i controlli devono essere eliminati o resi al fornitore, senza entrare in contatto con gli altri.

2.5.3 PREPARAZIONE DEI PASTI

E' 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, vengono utilizzate le cucine presenti presso le sedi del Servizio, che devono 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). 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".

2.5.3a CRITERI DI ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO DI CUCINA

La cucina deve funzionare secondo **criteri di organizzazione razionale del lavoro** e tutte le operazioni devono essere svolte secondo un piano ben organizzato al fine di limitare gli errori di dispersione di lavoro.

Le fasi operative che si svolgono in cucina sono:

- il ricevimento e la conservazione delle derrate
- la preparazione e la lavorazione degli alimenti
- la cottura dei cibi e la preparazione delle porzioni
- la distribuzione del vitto
- il lavaggio delle stoviglie sporche

CUCINA DIETETICA

In caso di allergie e intolleranze alimentari devono essere escluse dalla dieta tutte le preparazioni che contengono l'alimento responsabile o suoi derivati oltre che tutti i prodotti in cui l'alimento o i suoi derivati figurino in etichetta o nella documentazione di accompagnamento.

Deve essere presente uno spazio dedicato o una cucina dietetica, 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.

La "zona diete" deve prevedere operatori dedicati, appositamente formati e garantire una forma di collaborazione continuativa con un gruppo di lavoro omogeneo. In particolare per la dieta priva di glutine, per evitare il rischio di contaminazione, sarà da prevedere una linea di preparazione e distribuzione ai reparti separata.

La preparazione e la distribuzione delle Diete Speciali richiedono che:

- gli alimenti destinati alla dieta siano mantenuti separati da tutti gli altri previsti per il menù base
- ogni vivanda costituente la dieta sia preparata e confezionata in area dedicata e riposta in appositi contenitori, i quali vanno collocati su vassoio personalizzato recante il nome del paziente
- gli utensili utilizzati per la preparazione e il confezionamento della dieta siano unicamente impiegati per tale produzione
- il lavaggio accurato delle mani prima di manipolare gli alimenti privi di glutine
- l'uso di fogli o teglie di alluminio o carta da forno su piastre e superfici che possono essere contaminate

All'interno della cucina, devono essere presenti sezioni separate per la preparazione delle carni, del pesce, della verdura:

- per ognuna di queste operazioni deve esistere un **centro di lavoro**, strutturato in maniera da permettere e **garantire la continuità delle operazioni**
- la **fase di preparazione e cottura** deve terminare nella zona di allestimento dei vassoi e carrelli per la distribuzione del vitto
- la preparazione e confezione del vitto può essere del tipo in **vassoi monoporzione** o in **carrelli multifunzione**
- la **preparazione** (frullatura, omogeneizzazione, macinazione, ecc.) **ed il confezionamento degli alimenti a consistenza modificata** devono essere effettuati direttamente in cucina, arrivando alla somministrazione già pronti

Il momento della preparazione e quello della cottura rappresentano i punti focali della ristorazione, contribuendo a far sì che l'alimento possa giungere sul vassoio dei degenti con un significativo valore nutrizionale. Pertanto le preparazioni devono essere semplici, facilmente digeribili e tener conto, nei casi segnalati dagli operatori di reparto, delle difficoltà di masticazione e deglutizione degli utenti.

2.5.4 PRENOTAZIONE DEI PASTI

Le persone ricoverate possono scegliere liberamente i pasti nell'ambito del Dietetico Ospedaliero e tra i piatti del menù comune, quelli più graditi (sempre se lo stato clinico lo permetta). Ciascun paziente può richiedere menu più vicini alle proprie abitudini alimentari, anche relative a fattori religiosi o multietnici, ad esigenze nutrizionali specifiche o per la prosecuzione di diete domiciliari. Entro orari prestabiliti, il personale di reparto o se previsto dall'Appalto, dello stesso Servizio di Ristorazione. Deve raccogliere le scelte ed effettuare la prenotazione *on line*, trasmettendo i dati al personale di cucina, che provvederà alla preparazione dei piatti richiesti. La prenotazione anticipata dei pasti in base al menù del giorno da parte degli operatori per ogni paziente e la definizione dei tempi e modalità per lo standard alberghiero rappresentano uno strumento per migliorare il *comfort* nutrizionale dei degenti.

PAZIENTE A DIETA LIBERA	Può scegliere il vitto che preferisce. La prenotazione avviene di solito il giorno precedente la consumazione del pasto, tranne il primo giorno del ricovero e il giorno dell'eventuale intervento chirurgico (<i>Il paziente sottoposto ad intervento chirurgico, la sera che precede l'intervento, dovrà stare a digiuno o consumare un pasto molto leggero</i>)
PAZIENTE A DIETA SPECIALE	Usufruisce di pasti personalizzati , che devono rispondere a specifiche esigenze nutrizionali (in base alla patologia). La richiesta di dieta speciale deve essere fatta dal medico , che compila un apposito modulo con i dati necessari a formulare la dieta (età, peso, altezza, patologia ed eventuali esiti di esami ematochimici, glicemia, azotemia, ecc.). Alla richiesta, segue la decisione da parte della Dietista , la quale stabilisce la dieta in accordo con il paziente
MODIFICHE ALLA PRENOTAZIONE	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 devono essere sempre disponibili le attrezzature idonee a garantire questa caratteristica

E' 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. Su richiesta del medico e avvalendosi della consulenza del Servizio Dietetico, sono prescritte diete personalizzate ed adeguate alla patologia in atto.

E' infine raccomandabile la disponibilità di SW e HW (tablet o cellulare) per la Dietista ed il personale che gestisce le prenotazioni che consente il:

- Carico Menù normali, speciali, etnici con rispettive tabelle alimentari
- Carico dati Degente
- Prenotazione pasto
- Rilascio scontrino prenotazione
- Verifica consumo pasto e quantità
- Invio comunicazioni alla direzione sanitaria e caposala
- Tracciabilità andamento bromatologico paziente
- Stampa grafici andamento nutrizionale
- Segnalazione ammanco/ rotture ceramica vetro posate
- Archivio informazioni e dati

2.5.5 TRASPORTO E DISTRIBUZIONE DEI PASTI

La **distribuzione del vitto** è un momento molto delicato legato anche alle molte persone presenti, patologie differenti e quindi con diete altrettanto diversificate, da servire ad orari prefissati ed in tempi rapidi.

Le problematiche da rispettare nella distribuzione e nel trasporto del vitto sono legate a:

- mantenere i **caratteri di igienicità** con personale preposto, contenitori e trasporto adeguati
- mantenere inalterati i **caratteri organolettici** degli alimenti
- eseguire la **distribuzione in un tempo limitato**

Gli aspetti logistico/distributivi hanno un forte impatto sulla qualità del cibo somministrato e sulla qualità percepita da parte del paziente. E' pertanto necessario adottare sistemi che consentano:

- l'**identificazione / rintracciabilità** dei pasti e la corretta distribuzione al paziente (ad es. codici a barre su vassoi o piatti confezionati)
- il **monitoraggio dei tempi di distribuzione** (ad es., *app* legata alla prenotazione pasto e distribuzione seguendo il percorso del paziente)
- il **monitoraggio del consumo del pasto e residui alimentari**: sarebbe auspicabile che venga fatto dal personale della Servizio di Dietetica di riferimento del Committente eventualmente con l'ausilio di strumenti informativi messi a disposizione dal fornitore

La logistica gioca un ruolo importante per ragioni legate al trasporto di alimenti deperibili e ai diversi tempi di percorrenza dei tragitti, per garantire un servizio puntuale ed efficiente. I trasporti devono essere effettuati riducendo al minimo i tempi di percorrenza e conseguentemente, nel caso del legame caldo, lo stazionamento dei pasti, garantendo oltre alla qualità igienico-sanitaria anche quella organolettica. E' quindi necessario utilizzare contenitori termici ed isotermici idonei ai sensi delle normative vigenti (igienico-sanitarie ed ambientali) tali da consentire il mantenimento delle temperature e dei requisiti qualitativi e sensoriali dei cibi. Il pasto deve essere servito in vassoi personalizzati, consegnati con carrelli dotati di una sezione riscaldata e una refrigerata per mantenere la giusta temperatura e i sapori dei cibi nelle due parti del vassoio.

ORARI DEL PASTO	Al fine di garantire un orario di consumo del pasto rispettoso delle comuni abitudini, gli orari 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 (preferibilmente dalle 8.00 e non dopo le 9.00), il pranzo non prima delle 12.00, la cena non prima delle 18,30 - 19.00
DIFFERIMENTO DEL PASTO	Il Servizio deve garantire la fruizione del pasto anche ai pazienti non presenti al momento della distribuzione (per attività diagnostico-terapeutiche) con modalità di distribuzione atte a garantire la salubrità del pasto e l'idoneità sensoriale (nel caso in cui il paziente non si trovi in camera al momento del pasto per visite o esami diagnostici, è necessario prevedere la possibilità della conservazione/riscaldamento del pasto o ad allestire in un secondo momento un vassoio)
PERSONALIZZAZIONE DEL PASTO	L'allestimento del vassoio deve essere curato anche per aiutare l'appetibilità (scelta dei colori, cura nella presentazione, etc.). 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
ASSISTENZA AL PASTO	Deve inoltre essere prevista l'assistenza al pasto per chi ha bisogno. Qualora, previsto dal contratto di Appalto, il Servizio deve elaborare procedure operative per gli addetti alla somministrazione, volte a garantire la qualità anche sotto il profilo comunicativo e relazionale nei confronti del paziente, nonché l'uniformità del servizio presso i reparti

Al fine di salvaguardare le caratteristiche nutrizionali e organolettiche dei pasti, il Servizio di Ristorazione può elaborare un piano dei trasporti che riduca la necessità e i tempi degli spostamenti, individuando soluzioni con una minore distanza tra luogo di cottura e di consumo o, in caso di cucina esterna, preveda la consegna scaglionata dei pasti.

2.5.5a DISTRIBUZIONE DELLE DIETE SPECIALI

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.

E' necessario inoltre che:

- il personale addetto alla preparazione e distribuzione si lavi accuratamente le mani, qualora abbia manipolato altri alimenti
- la distribuzione avvenga inizialmente a partire dai soggetti con dieta speciale e successivamente prosegua per gli altri pazienti
- il pasto venga distribuito solo dopo che il personale addetto ha identificato il paziente
- il personale addetto alla distribuzione verifichi la corretta erogazione della dieta attraverso apposita modulistica di tracciabilità, nella quale siano evidenziate le fasi del relativo processo

2.5.6 PERSONALE ADDETTO AL SERVIZIO DI RISTORAZIONE E INTERFACCIA CON L'ENTE APPALTANTE

Per la programmazione, organizzazione e gestione del processo di ristorazione ospedaliera ogni attore coinvolto riveste un ruolo con specificità e responsabilità relative alla propria funzione, rendendo fondamentale la presenza di un team multidisciplinare con figure di elevata professionalità quali: Medico nutrizionista, Dietista, Economo, Coordinatore di cucina, Responsabile dell'Autocontrollo.

Si sottolinea l'importanza di garantire un coordinamento efficace di tale attività, che consenta di integrare obiettivi e parametri interdisciplinari di ordine organizzativo, tecnico-professionale, igienico-sanitario, nutrizionale, gastronomico ed economico. Tutti collaborano affinché ogni giorno arrivi al letto del degente un pasto igienicamente sicuro, nutrizionalmente equilibrato, personalizzato ed adeguato alla propria patologia.

2.5.6 a RUOLI E RESPONSABILITÀ IN AMBI-TO OSPEDALIERO

Il Servizio di Ristorazione, nella persona del Gestore o Responsabile del Servizio, si avvale del supporto e della collaborazione della UO di Dietetica e Nutrizione clinica, dell'Economato della struttura ospedaliera, della Direzione Sanitaria ospedaliera / Direzione Medica di Presidio.

A seguire, una breve sintesi delle specifiche competenze delle funzioni coinvolte nella gestione della ristorazione ospedaliera:

FUNZIONI	PRINCIPALI RESPONSABILITÀ
UO DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA	<i>E' utile e doveroso realizzare l'unità operativa di Dietetica e Nutrizione Clinica all'interno della Struttura Ospedaliera e nelle Aziende Sanitarie, con medici specialisti in scienze dell'alimentazione e dietisti. I benefici sono numerosi, e risiedono nelle funzioni e competenze apportate nonché nel trasferimento delle conoscenze di alimentazione e dietetica al personale sanitario</i>
	Valutazione del rischio nutrizionale
	Sorveglianza nutrizionale, integrando gli aspetti clinico-nutrizionali con quelli dietetici della ristorazione; es. valutazione periodica scarti, conformità menù e grammature alimenti
	Partecipazione stesura capitolato
	Elaborazione dietetico ospedaliero
	Collaborazione alla elaborazione dei menù
	Controlli diretti su vitto e forniture
	Collaborazione nella sorveglianza igienica sugli alimenti
Economato	Attenzione alla qualità percepita dai pazienti/consumatori
	Stesura dei capitolati d'appalto per il servizio di ristorazione in collaborazione con i SIAN
	Recepimento dei verbali di non conformità inoltrati dalla UO di Dietetica e Nutrizione Clinica
Direzione Sanitaria	Invio delle eventuali penali alle ditte appaltanti per le non conformità rilevate
	Sorveglianza igienica sugli alimenti
	Sorveglianza igienica sui locali

Ove pertinente:

FUNZIONI	PRINCIPALI RESPONSABILITA'
SIAN Ambito igienico sanitario	Controllo igienico sanitario e verifica dell'applicazione del piano di autocontrollo (HACCP)
	Campionamento di alimenti e bevande ai fini del controllo ufficiale
	Informazione ed educazione in materia di sicurezza alimentare
Ambito igienico nutrizionale	Valutazione e approvazione del Dietetico e della formulazione dei menù elaborati secondo le Linee Guida per una sana alimentazione e LARN
	Verifica, controllo ed eventuale predisposizione delle tabelle dietetiche
	Indagini sulla qualità nutrizionale dei pasti forniti e consulenza dietetico nutrizionale per l'elaborazione del Dietetico e per elaborazione e controllo delle diete speciali
	Consulenza sui capitolati per i servizi di ristorazione sia in fase di elaborazione che di aggiudicazione
	Informazione ed educazione in tema nutrizionale per il personale del Servizio di Ristorazione e formazione del personale stesso
Servizio di Protezione e Prevenzione (SPP)	Predisposizione e consegna del DUVRI
	Sorveglianza sulla sicurezza degli ambienti e dei lavoratori, secondo quanto prescritto dalla normativa vigente

2.5.6b RUOLI E COMPETENZE DEL SERVIZIO DI RISTORAZIONE OSPEDALIERA

Per rispettare i criteri di qualità, efficienza e sicurezza, la gestione del Servizio richiede professionisti con formazione specifica e ruoli complementari in ambito nutrizionale, igienico, amministrativo e logistico-organizzativo.

E' inoltre opportuno 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).

Il personale impiegato nel Servizio di Ristorazione deve essere in possesso della necessaria qualifica, per garantire l'esecuzione delle attività affidate.

Deve possedere adeguata professionalità e deve essere conoscere le norme di igiene della produzione (GMP) e le norme di sicurezza e prevenzione degli infortuni sul lavoro, per i quali deve essere adeguatamente ed obbligatoriamente formato con periodicità.

RESPONSABILE DEL SERVIZIO DI RISTORAZIONE

Il Responsabile del Servizio di Ristorazione deve essere in possesso di qualifica professionale idonea e di un'esperienza almeno triennale nella posizione. Ha il compito di programmare, coordinare, controllare e far osservare al personale impiegato le funzioni ed i compiti stabiliti; è in grado di valutare la regolarità delle forniture.

E' in buona sostanza la persona/figura con le competenze che riguardano l'intero processo di servizio e per questo motivo è in grado intervenire, decidere e rispondere direttamente sia all'ente che al gruppo di lavoro su tutte le eventuali problematiche che dovessero insorgere durante l'intera fase di erogazione del servizio.

Il Responsabile del Servizio di Ristorazione deve interfacciarsi in modo continuativo con i referenti dell'Ente Appaltante per l'instaurazione di un rapporto di partnership, nel rispetto delle attività sanitarie a beneficio della salute e del benessere degli assistiti. A tal fine è fondamentale l'instaurazione di un rapporto con i referenti dell'UO Dietetica e Nutrizione Clinica.

CAPO CUOCO O RESPONSABILE DI PRODUZIONE

E' la figura che operativamente si occupa del corretto funzionamento della cucina e della produzione del pasto, durante l'intera erogazione del servizio di produzione dei piatti. E' fisicamente presente presso la cucina. Deve avere esperienza almeno triennale nei servizi di ristorazione ospedaliera. Opera in stretta collaborazione con il responsabile del servizio ed è la persona di riferimento per la gestione delle problematiche quotidiane all'interno della cucina.

Deve dimostrare il possesso dei seguenti requisiti di conoscenza, abilità e competenze:

- Documentata e maturata esperienza del settore
- Conoscenza delle moderne tecnologie di produzione
- Padronanza della cucina tradizionale, nazionale ed internazionale
- Diploma Tecnico dei Servizi Alberghieri e della Ristorazione

CUOCO CAPOPARTITA

E' la figura che operativamente si occupa della produzione dei piatti della linea affidata (primi, secondi, contorni). E' fisicamente presente presso la cucina. Deve avere esperienza almeno triennale nei servizi di ristorazione ospedaliera. Opera in stretta collaborazione con il responsabile di produzione. Le sue competenze lo mettono in grado di intervenire nell'intera linea del processo di produzione dei piatti. Nelle strutture di piccole dimensioni la figura di capopartita si concretizza in quella di cuoco unico che si occupa della produzione dell'intera linea dei piatti.

Deve dimostrare il possesso dei seguenti requisiti di conoscenza, abilità e competenze:

- Documentata e maturata esperienza del settore
- Conoscenza delle moderne tecnologie di produzione
- Padronanza della cucina tradizionale, nazionale ed internazionale
- Diploma Tecnico dei Servizi Alberghieri e della Ristorazione
- Opera con uno spiccato senso di organizzazione del lavoro

AIUTOCUOCO

Il compito dell'aiuto cuoco è quello di supportare il cuoco capopartita con la preparazione delle basi, predisposizione della linea, taglio e preparazione verdure, predisposizione piatti freddi ecc.

- Gestisce, in autonomia e/o in collaborazione con altri, le fasi di produzione e di servizio di cibi/alimenti, sopra indicate
- Possiede capacità operative nella preparazione e realizzazione dei piatti e dei menù
- Ha fatto proprie le corrette regole igieniche nella conservazione e trasformazione dei prodotti alimentari
- Gestisce in autonomia i processi di lavoro connessi alla preparazione, alla cottura ed al servizio dei piatti
- Opera su indicazione del cuoco per la programmazione dei menù e diete e per l'organizzazione del servizio di cucina
- Possiede capacità tecniche professionali di base e lavora a livello operativo - esecutivo

Svolge i seguenti compiti professionali specifici:

- Collabora alla realizzazione di piatti in base a ricette predefinite
- Porzionare, presentare per la vendita il prodotto alimentare anche con gusto decorativo-coreografico
- Conservare il prodotto finito in base alla categoria merceologica di appartenenza
- Attuare interventi di promozione dell'attività e del prodotto-servizio offerto

E' in possesso della qualifica professionale triennale nel settore della preparazione dei pasti o del diploma quinquennale di scuola alberghiera.

MAGAZZINIERE

Nelle strutture di dimensioni tali che lo permettano, è presente la figura di magazziniere.

Si tratta di una figura fortemente professionalizzata, che si occupa in pratica della ricezione e dello stoccaggio delle materie prime. All'atto della ricezione delle materie prime ne effettua il controllo; provvede al loro stoccaggio nelle varie aree di stazionamento. Provvede altresì a rifornire, sulla base degli ordinativi dei cuochi, le varie linee di produzione in cucina.

Nelle strutture di piccole dimensioni il ruolo di magazziniere è svolto dal cuoco o dall'aiuto cuoco. Può essere altresì che in alcune realtà produttive il magazziniere si occupi anche di altre attività nelle fasi di processo di erogazione del servizio.

Non è indispensabile un particolare livello di formazione scolastica; è indispensabile invece che abbia maturato esperienza pluriennale nella attività (anche in affiancamento) e che sia costantemente ed adeguatamente formato in tema igienico sanitario.

Deve essere altresì in possesso degli adeguati corsi di formazione per l'utilizzo ad es., di muletti o altri mezzi di trasporto.

OPERATORE O ADDETTO AI SERVIZI DELLA RISTORAZIONE

E' una figura professionale polivalente che si occupa delle fasi di processo operative diverse da quelle sopra elencate: del lavaggio dei prodotti ortofrutticoli, della preparazione dei vassoi e dei carrelli, della porzionatura dei pasti, della prenotazione dei pasti al letto del degente, della consegna dei carrelli e del vassoio, del loro ritiro, del lavaggio attrezzature, delle attività di pulizia e di sanificazione dei locali ecc

■ Possiede competenze professionali di base nell'organizzazione e nella gestione del lavoro in conformità alle normative di igiene e sicurezza ed alle procedure di qualità.

■ Opera in autonomia a livello esecutivo nella gestione dei processi di lavoro produttivi/distributivi più semplici e in base ad indicazioni dei superiori nella gestione dei processi più complessi o in presenza di variazioni significative.

■ E' in grado di preparare e distribuire - secondo modalità ed indicazioni prestabilite - pasti e bevande intervenendo in tutte le fasi del processo di erogazione del servizio ristorativo.

Svolge i seguenti compiti professionali:

- Applica le norme e i principi tecnici relativi alla sicurezza sul lavoro
- Produce la documentazione tecnica specifica per la propria mansione sulle materie prime
- Organizza e gestisce l'ambiente di lavoro, gli strumenti e le attrezzature
- Esegue i compiti professionali connessi al proprio ruolo
- Applica le tecniche di approvvigionamento, stoccaggio e conservazione

È in possesso delle seguenti competenze tecnico-professionali:

- Esperienza pluriennale diretta nella esecuzione delle mansioni
- Gestione delle attività in affiancamento a personale in possesso di esperienza

Il Servizio di Ristorazione Ospedaliera deve inoltre disporre di altre figure professionali quali i dietisti, specializzati in scienze alimentari in grado di garantire le giuste qualità nutrizionali per ogni paziente.

Possono operare direttamente all'interno della

cucina, nel qual caso di norma controllano la preparazione delle diete speciali e della linea di confezionamento vassoi.

Sono in possesso di laurea specialistica e di norma si occupano della formazione del personale interno di cucina.

DIETISTA DEL SERVIZIO DI RISTORAZIONE

E' la figura preposta alla valutazione delle diete speciali e alla gestione dei rapporti con l'azienda Sanitaria per qualsiasi variazione inerente la tipologia delle diete, la gestione del merceologico, le non conformità sugli aspetti sia igienico-sanitari che di qualità e gradibilità dei piatti

La preparazione delle diete speciali deve avvenire presso la "cucina dietetica", nella quale è richiesta la presenza di un Dietista, in possesso della Laurea in Dietistica o Diploma Universitario, con funzioni di coordinamento, che quotidianamente verifichi la corretta realizzazione dei piatti secondo quanto richiesto e/o concordato con il Servizio di Dietetica e Nutrizione Clinica,, garantendone anche la palatabilità e la buona presentazione.

Le mansioni del dietista consistono prevalentemente in:

- controllo del rispetto delle norme igieniche nel corso della preparazione e della distribuzione del vitto;
- controllo dell'allestimento di diete particolari, per singoli o per gruppi di utenti;
- istruzione, ai fini del corretto funzionamento del servizio di ristorazione, del personale di cucina.

Il dietista, sovrintende e controlla la preparazione delle diete speciali.

Egli può svolgere anche attività di tipo organizzativo, sia collaborando alla programmazione degli acquisti alimentari, in considerazione delle particolari esigenze dal punto di vista delle diete speciali necessarie e delle abitudini alimentari, sia al mantenimento dell'efficienza necessaria nelle varie fasi di conservazione, lavorazione e distribuzione degli alimenti;

- individuazione delle razioni alimentari degli utenti nel rispetto di una corretta nutrizione, valutando esigenze differenziate per età, abitudini alimentari, attività lavorativa, condizioni fisiche, ecc.
- controllo del rispetto delle norme dietologiche e igieniche nelle fasi di preparazione e distribuzione del vitto.
- congruenza dei prodotti con le norme di legge sulla composizione, sui temi di scadenza, ecc.

In questo senso, come operatore sanitario, il dietista è direttamente coinvolto nella promozione della salute pubblica e il suo contributo è essenziale nella formulazione di politiche che permettano di sostenere e migliorare lo stato di salute dei cittadini, minimizzando i rischi derivanti da scelte nutrizionali poco corrette.

2.5.7 FORMAZIONE DEL PERSONALE

Per un miglioramento del servizio di ristorazione in ambito ospedaliero è indispensabile prevedere un programma di formazione riguardante tutto il personale coinvolto nel servizio.

La formazione deve:

- promuovere un costante apprendimento delle conoscenze igienico-sanitarie, legislative, dietetiche cliniche e nutrizionali
- facilitare il miglioramento gestionale dei processi ed il rafforzamento delle capacità di auditing e di integrazione, anche con il committente
- trasmettere la consapevolezza della valenza terapeutica che può assumere il pasto all'interno del processo di cura e della situazione passiva ed emotivamente fragile del paziente ospedalizzato
- essere di stimolo per i progetti innovativi a sostegno di una nuova visione del paziente, inteso anche come cliente, con il proprio bagaglio di cultura e tradizioni

2.5.7a CONTENUTI DELLA FORMAZIONE

Occorre sottolineare che obiettivi così complessi, richiedono anche la progettazione di programmi formativi continui, specifici per i componenti del Team e per i Professionisti del Servizio di Ristorazione.

Formazione e preparazione professionale sono fondamentali perché il servizio sia gestito in modo efficiente e soddisfatti i risultati attesi.

È necessario programmare un monte ore annuale adeguato all'aggiornamento e ai tempi lavorativi del personale, sia per singolo profilo professionale, sia favorendo 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.

PROGRAMMA DI FORMAZIONE

In particolare, il **Programma di Formazione** deve prevedere la trattazione almeno dei seguenti argomenti:

- principi di legislazione
- alimentazione e salute
- alimentazione e ambiente
- caratteristiche dei prodotti alimentari in relazione al territorio di coltivazione e di produzione
- stagionalità degli alimenti
- catena del freddo - cottura
- conduzione dei locali di manipolazione e stoccaggio degli alimenti
- attrezzature connesse alle manipolazioni
- controllo degli animali indesiderati - pulizia e disinfezione
- principi di comportamento sui punti critici
- sistema HACCP: punti critici di controllo, azioni preventive e correttive
- procedure correlate all'autocontrollo
- uso dei detersivi a basso impatto ambientale
- risparmio energetico e trasporti
- corretta gestione dei rifiuti
- esigenze di documentazione del sistema, ecc..

La formazione teorico-pratica deve essere basata sui principi fondamentali di igiene degli alimenti in tema di:

- nozioni di microbiologia
- definizione dei rischi connessi agli alimenti
- rischi di contaminazione degli alimenti: fisici, chimici, microbiologici
- prevenzione delle tossinfezioni - la moltiplicazione microbica
- buone pratiche di lavorazione
- igiene del personale

I contenuti devono comprendere:

1) aspetti generali da estendere anche a tutto il personale sanitario:

- organizzazione della ristorazione nella struttura ospedaliera
- ruolo della nutrizione nella cura dei degenti ospedalieri
- aspetti sulla sicurezza igienica del cibo

2) materie di formazione per il personale di cucina, anche obbligatorie, su vari aspetti della preparazione dei pasti tra cui:

- sicurezza igienico-sanitaria e merceologia degli alimenti
- conoscenza delle attrezzature e delle tecniche di cottura e lavorazione delle materie prime per potere utilizzare al meglio le attrezzature stesse, per conoscere le nuove tecniche che valorizzino la materia prima ed adattare le ricette nell'ottica della bontà organolettica e della salubrità
- conoscenze clinico nutrizionali di base e cultura gastronomica e alimentare per una migliore realizzazione dei menu e delle caratteristiche dei prodotti da acquistare

3) aspetti specifici:

- il personale addetto alla preparazione/cottura del cibo dovrà essere formato sulle peculiarità della sicurezza igienica per i pazienti ricoverati rispetto alla normale ristorazione
- il personale che prenota i pasti dovrà essere formato in merito al Dietetico Ospedaliero, alle modalità di scelta dei piatti, alla conoscenza dei menu del vitto comune e delle diete standard
- 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)
- il personale che distribuisce il vitto dovrà essere formato sulla sicurezza igienica in relazione al sistema distributivo adottato dalla struttura, sulle modalità di incoraggiamento al pasto, sulla gestione delle criticità per errori di forniture
- il personale che ritira i vassoi al termine del consumo dovrà essere istruito a segnalare i casi di consumo insufficiente dei pasti e a quantificare gli scarti

N.B. È inoltre necessario pianificare periodici momenti di aggiornamento rivolto a tutto il personale.

L'obiettivo è quindi promuovere la cultura del Servizio: tutti gli operatori devono infatti comprendere l'importanza del ruolo cui sono deputati per il buon funzionamento dell'intero sistema produttivo, attraverso:

- una formazione che prediliga modalità didattiche partecipate e proattive perché il confronto e l'“imparar facendo” aiutano l'interiorizzazione e il coinvolgimento
- l'affiancamento sul posto di lavoro (*training on the job*), ad es., nei reparti di degenza o in cucina, da parte di colleghi più esperti, al fine di sviluppare e trasferire competenze sul campo

2.6 ASPETTI IGIENICO-SANITARI

AMBITO
Igienico-sanitario
OBIETTIVO
Sicurezza alimentare

Il Servizio di Ristorazione afferisce al settore alimentare.

Il **Regolamento CE 178/2002** sancisce che l'operatore del settore alimentare è il responsabile principale della sicurezza dei prodotti alimentari nelle fasi di produzione, trasformazione e distribuzione.

Pertanto, le modalità con cui conseguire l'obiettivo della sicurezza alimentare sono individuate dall'operatore medesimo che adotta le soluzioni tecniche più adeguate, predispone ed attua procedure operative predefinite, e deve verificare l'efficacia mediante controlli e monitoraggi.

I requisiti da considerare per presidiare gli aspetti igienico-sanitari sono i seguenti:

- massima igienicità
- sistemi innovativi di produzione
- sistemi di prevenzione del rischio biologico, chimico e fisico, che sono applicati dalle società di ristorazione collettiva adottando un sistema HACCP basato sul **Codex Alimentarius**
- corretta gestione manutenzione, pulizia e sanificazione delle attrezzature di cucina e degli ambienti (periodicità e modalità)

La ristorazione ospedaliera è un settore d'intervento sempre più ampio a livello di azioni preventive finalizzate a garantire la sicurezza dei pazienti, sotto l'aspetto igienico sanitario e nutrizionale dei pasti somministrati. La qualità e la sicurezza igienica degli alimenti è un problema che coinvolge tutti gli operatori del settore alimentare, dagli organi direttivi ai singoli lavoratori che a qualsiasi titolo vengano a contatto con gli alimenti.

La sicurezza alimentare, oltre che garantire cibi igienicamente idonei, deve provvedere anche alla promozione della sicurezza nutrizionale sviluppando strategie interdisciplinari, attraverso la applicazione dei criteri di manipolazione e preparazione degli alimenti che garantiscono la sicurezza degli apporti nutrizionali, riducendo al minimo le perdite di nutrienti e di sostanze protettive e conservando queste ultime nel modo migliore possibile.

La qualità di un pasto, prodotto e distribuito, può dipendere da differenti fattori: apporto nutrizionale, caratteristiche organolettiche (aspetto, colore, odore, sapore), ma anche assenza di sostanze tossiche e stato microbiologico.

La **sicurezza alimentare**, che si traduce nella qualità e nell'igiene degli alimenti, è il risultato dello sforzo congiunto di tutti gli addetti coinvolti nella filiera agroalimentare dall'approvvigionamento allo stoccaggio, alla **produzione, al trasporto, alla distribuzione e alla somministrazione** di un alimento.

Per garantire la sicurezza degli alimenti occorre considerare tutti gli aspetti della catena di produzione alimentare come un unico processo, a partire dalla produzione primaria, fino alla vendita o erogazione di alimenti al consumatore, in quanto ciascun elemento di essa presenta un potenziale impatto sulla sicurezza alimentare.

Gli alimenti distribuiti dovranno essere assolutamente privi di effetti tossici immediati o tardivi legati a presenza di sostanze tossiche e/o a microrganismi patogeni e/o di loro tossine, di composizione genuina e naturale, di gusto appetibile e gradevole, organoletticamente accettati e graditi dall'utenza.

2.6.1 IL QUADRO NORMATIVO SULLA SICUREZZA ALIMENTARE

LIBRO BIANCO SULLA SICUREZZA ALIMENTARE E PACCHETTO IGIENE

La Commissione Europea ha emanato nel 2000 il “**Libro Bianco sulla sicurezza alimentare**” con l’obiettivo di regolamentare la filiera alimentare in ogni suo processo attraverso dei sistemi integrati di autocontrollo e **garantire la salubrità del prodotto finale.**

La normativa di riferimento in materia di sicurezza alimentare è il “**Pacchetto Igiene**” (entrato in vigore il primo gennaio 2006) che disciplina i processi produttivi degli alimenti e le caratteristiche degli ambienti e dei macchinari utilizzati nel settore ed è composto da una serie di regolamenti, tra cui il **Regolamento CE 852/04**, che disciplina l’igiene alimentare attraverso delle **norme generali destinate agli operatori del settore** della Ristorazione pubblica e collettiva.

I principi sui quali si basa il Regolamento CE 852/04 sono i seguenti:

- La principale responsabilità per la sicurezza alimentare ricade sull’operatore addetto
- La sicurezza va garantita in tutta la filiera alimentare
- Va garantita la catena del freddo per la conservazione degli alimenti che non possono essere immagazzinati a temperatura ambiente
- Vanno applicati un sistema integrato attraverso delle procedure di autocontrollo (sistema HACCP) e una corretta prassi igienica
- Va effettuata una analisi del rischio alimentare

In caso di importazione di prodotti da Paesi non appartenenti alla Comunità Europea, va garantita l’equivalenza delle norme vigenti in tali Paesi circa gli standard igienici rispetto a quelle europee. Gli operatori del settore alimentare sono tenuti a garantire un controllo efficace durante tutte le fasi di trasformazione e produzione in osservanza al Regolamento CE 852/04, operando attraverso le procedure basate sui principi del sistema HACCP, ovvero un protocollo nazionale di autocontrollo che permette di valutare e stimare i rischi di contaminazione ai quali sono sottoposti gli alimenti e adottare le adeguate misure di prevenzione.

Tutti i regolamenti Europei facenti parte del Pacchetto Igiene, ruotano intorno al servizio di ristorazione collettiva commerciale, pubblica e privata, e vengono attuati nei rispettivi campi di competenza.

- Reg. n. 853/2004 (Igiene degli alimenti di origine animale)
- Reg. n. 854/2004 (Controlli ufficiali sui prodotti di origine animale)
- Reg. n. 882/2004 (Controlli ufficiali su mangimi, alimenti, salute e benessere animale)

Il PACCHETTO IGIENE individua due interlocutori:

- l’Operatore del Settore Alimentare (detto anche OSA) ovvero chi svolge delle attività connesse alla produzione, trasformazione e distribuzione degli alimenti (ad esempio gli allevatori, i caseifici, i supermercati, ecc...). Il Reg. 852 e 853 sono rivolti unicamente all’OSA e lo individuano come unico responsabile della salubrità degli alimenti che produce
- l’Autorità Competente, ovvero chi effettua l’attività di controllo sanitario. I Regg. 854 e 882 sono rivolti in maniera specifica proprio a chi deve verificare la sicurezza alimentare lungo tutta la filiera

Altri Regolamenti CE di rilevante importanza sono:

- Reg. 2073/2005 stabilisce i criteri di sicurezza microbiologica e i criteri di igiene del processo
- Reg. n. 178/002, che introduce il termine alimento a livello giuridico e “Disciplina i principi e i requisiti generali della legislazione alimentare, istituisce l’Autorità Europea per la sicurezza alimentare e fissa procedure nel settore della sicurezza alimentare” e si riferisce, in particolare, alla violazione delle disposizioni contenute nelle norme di cui agli artt. 18, 19 e 20 del Reg. (CE) 178/2002, relative alla rintracciabilità degli alimenti e dei mangimi

2.6.2 CONTAMINAZIONE MICROBIOLOGICA

La maggior parte dei batteri che si trovano negli alimenti si sviluppano tra i 20°C ed i 45°C.

- Gli alimenti non devono mai essere tenuti a temperature vicine a quella ambiente per più di 1 o 2 ore
- Al freddo i microrganismi crescono lentamente
- Alcuni possono moltiplicarsi in condizioni di

refrigerazione (3-10°C); nel congelatore la maggior parte sopravvive ma non si moltiplica

■ L'ebollizione e la pastorizzazione uccidono i batteri in qualche minuto, ma non uccidono le spore termoresistenti né distruggono le tossine termoresistenti

Ecco perché gli alimenti cotti dovrebbero essere consumati immediatamente.

Materia Prima	I microrganismi crescono meglio negli alimenti che contengono proteine: Carne - Pollame - Uova - Latte - Pesce - Molluschi freschi
Temperatura	È necessario cuocere carni rosse, carne tritata e pollame finché all'interno non siano più di colore rosso (la temperatura interna dovrebbe raggiungere 72°C per qualche minuto) Un concetto importante: in presenza di un'elevata carica di patogeni, il cibo, anche se viene sottoposto a cottura, potrebbe non essere sicuro
Ossigeno	In funzione della capacità di crescere in presenza di ossigeno, i microrganismi si distinguono in: <ul style="list-style-type: none"> ■ Aerobi obbligati: vivono in presenza di ossigeno (es.: <i>Listeria monocytogenes</i>) ■ Anaerobi facoltativi: sopravvivono sia in presenza che in assenza di ossigeno (es.: <i>Staphylococcus aureus</i>) ■ Anaerobi obbligati: vivono in assenza di ossigeno (es.: <i>Clostridium botulinum</i>)
Umidità	Indica il contenuto di acqua negli alimenti. Ogni alimento possiede uno specifico contenuto d'acqua: <ul style="list-style-type: none"> ■ L'acqua è un elemento necessario per la crescita dei batteri ■ I microrganismi si moltiplicano meglio in alimenti con un contenuto di acqua maggiore dell'80% (<i>pesce, latte, carne</i>) ■ I microrganismi non si moltiplicano in alimenti con un contenuto di acqua inferiore al 20% (<i>biscotti, farina</i>)
pH	Il pH si riferisce alla concentrazione di idrogeno in una sostanza <ul style="list-style-type: none"> ■ La maggior parte dei microrganismi cresce meglio in alimenti con pH compreso tra 6.5 e 7.5 ■ In generale, un pH acido < 4.2 è in grado di impedire la moltiplicazione dei microrganismi
Tempo	In condizioni favorevoli di: Nutrimiento - Temperatura - Umidità - Acidità, la moltiplicazione dei microrganismi è solo questione di tempo. <i>Indice importante</i> → TEMPO/TEMPERATURA: in condizioni favorevoli, i microbi raddoppiano ogni 20 minuti Tempo intercorso tra preparazione e consumo: <ul style="list-style-type: none"> ■ Il consumo immediato degli alimenti e/o l'attenta modalità di conservazione sono la migliore forma di prevenzione delle MTA (Malattie Trasmesse dagli Alimenti) ■ Dopo la cottura, gli alimenti vanno "fatti raffreddare rapidamente" se non consumati subito

2.6.3 GHP - BUONE PRATICHE IGIENICHE

Rappresentano tutte le prassi di base d'igiene necessarie per la produzione di alimenti salubri. Tutte le pratiche riguardanti le condizioni e le misure necessarie per garantire la sicurezza e la idoneità del prodotto in tutte **le fasi della catena alimentare. Interessano:**

- Personale
- Strutture
- Attrezzature ed utensili

2.6.3 a IGIENE DEL PERSONALE

Le persone sono veicoli naturali per i microrganismi, quindi bisogna evitare che questi vengano in contatto con gli alimenti.

Obiettivo: **garantire che coloro che entrano in contatto diretto o indiretto con gli alimenti non li contaminino.** E' pertanto necessario che gli addetti alla lavorazione rispettino tutte le norme riguardanti la gestione dell'abbigliamento da lavoro ed assicurino un elevato grado di pulizia ed igiene personale.

2.6.3 b BUONE PRASSI IGIENICHE PER LA PREPARAZIONE E LA DISTRIBUZIONE DEI PASTI

In cucina, il cibo deve essere preparato lavorando le materie prime in modo da preservarne la qualità e la sicurezza igienica.

Durante tutte le fasi di lavorazione - dal ricevimento delle derrate alimentari allo stoccaggio, dalla preparazione alla cottura, dall'abbattimento rapido delle temperature fino alla conservazione e alla distribuzione ai degenti) - il personale del Servizio di Ristorazione Ospedaliera deve applicare il piano di autocontrollo interno redatto secondo i principi ed i metodi HACCP (Analisi dei rischi e controllo dei punti critici) al fine di prevenire qualsiasi pericolo di natura igienico - sanitaria legato agli alimenti, garantendo all'utente un **PASTO SICURO.**

Per la corretta prassi igienica delle lavorazioni sono fondamentali:

- **le corrette procedure nel passaggio dalla catena del freddo alla catena del caldo, e viceversa**
- **le corrette procedure nella manipolazione degli alimenti**

Il personale direttamente interessato alla lavorazione degli alimenti deve:

- Indossare sempre abiti (divisa, camice) puliti e in ordine, di colore chiaro ("bianco, tendente al bianco, facilmente sporchevole che protegga l'alimento e non gli indumenti dell'addetto" - Art. 42 DPR 327/80) per permettere che le macchie siano evidenziate con facilità
- Indossare sempre i guanti
- Indossare l'idoneo copricapo che deve contenere tutta la capigliatura
- Calzare scarpe idonee, sempre pulite, diverse da quelle civili e riservate alle aree di lavoro
- Non indossare orecchini, collane, spille, orologi e anelli
- Curare attentamente la propria igiene personale ed, in particolare, quella del cavo orale e dei denti e quella di eventuali barba e baffi (preferibile barba rasata)
- Tenere le unghie corte, pulite e non smaltate
- Non uscire dai locali indossando gli abiti di lavoro
- Utilizzare correttamente gli armadietti a doppio scomparto, separando gli abiti di lavoro da quelli civili. Gli armadietti devono essere tenuti sempre puliti e ben ventilati, periodicamente lavati e disinfettati
- Conservare l'abbigliamento pulito di ricambio separatamente da quello di utilizzato

Nelle aree di stoccaggio, di lavorazione e di distribuzione degli alimenti deve essere vietato tutto ciò che può contaminare gli alimenti stessi:

- tossire, starnutire o soffiare sugli alimenti, in particolare su quelli cotti (in caso di tosse o raffreddore adoperare mascherine/coprinaso)
- mangiare e bere durante il lavoro
- masticare *chewing-gum* o caramelle
- assaggiare cibi con le mani e non usare lo stesso cucchiaino d'assaggio
- fumare durante il lavoro

Inoltre:

- tagli, ferite e scorticature devono essere coperti, dopo medicazione, da una protezione resistente, utilizzando anche i guanti per proteggere le medicazioni stesse

Gli addetti alla preparazione dei **menù speciali** devono conoscere le problematiche sanitarie legate alle diverse diete e lavorano in spazi protetti all'interno della cucina, dove preparano i pasti evitando qualsiasi contaminazione.

Analoga cura e attenzione sono dedicate alle successive fasi di confezionamento e distribuzione.

L'organizzazione del lavoro si deve basare sul principio del "tutto avanti":

- La movimentazione degli alimenti deve procedere, dal reparto di ricevimento delle materie prime fino al reparto di spedizione/distribuzione dei pasti, senza ritorni o incroci perché probabili fonti di contaminazione.

- E' indispensabile separare, senza possibilità di ritorno, la zona a più alto grado di contaminazione, detta anche "zona sporca o grigia" (parte della cucina prima della cottura), da quella a minor grado di contaminazione, detta anche "zona pulita o bianca" (parte della cucina dove si portano le pietanze dopo la loro cottura).

I prodotti congelati devono essere cotti direttamente allo stato in cui si trovano. In ogni caso, vanno sempre osservate le seguenti disposizioni:

- non ricongelare i prodotti scongelati
- non lasciare scongelare gli alimenti surgelati a temperatura ambiente in quanto non opportuno sia dal punto di vista nutrizionale che igienico

I cibi devono essere porzionati e sigillati con pellicola alimentare per evitare contaminazioni di ogni genere, e allestiti in vassoi personalizzati che, secondo una tempistica ben stabilita, devono raggiungere i reparti di degenza all'interno di carrelli termo-refrigerati a due scomparti (caldo e freddo), atti a mantenere le corrette temperature di conservazione.

N.B. Data l'importanza di una corretta preparazione, conservazione, trasporto, distribuzione in reparto al fine di mantenere le qualità organolettiche ed evitare proliferazioni batteriche, si sottolinea l'importanza delle attrezzature e della preparazione specifica del personale addetto.

2.6.3 c PULIZIA E SANIFICAZIONE DI ATTREZZATURE E LOCALI

Parte integrante del piano di autocontrollo sono le procedure di pulizia eseguite presso le cucine, che devono essere appropriate e coerenti al piano di sanificazione che deve definire le modalità e la periodicità degli interventi, i detergenti, disinfettanti e disinfestanti impiegati, le attrezzature e gli ausili adottati.

Alcuni criteri o buone regole per la sanificazione sono basate sul **codice colori**, colore diverso attribuito alle superfici che vengono in contatto con alimenti diversamente da quelli non in contatto, agli utensili di colore diverso per utilizzi in locali diversi, priorità di pulizia dei punti critici, ecc.:

- Sistema di sanificazione innovativi durante le ore di fermo con agenti (ionizzatore, trattamenti con biossido di titanio, lampade UV, aree di sovrappressione o vapore

- Procedure per evitare la contaminazione da corpi estranei fisici/abiotici

- Procedure per evitare la contaminazione da agenti di natura biotica (flusso d'aria laminare, misure particolari di *pest control* ..)

- Monitoraggio continuo delle temperature dei frigoriferi/congelatori/carelli/contenitori per il trasporto pasti anche a distanza

2.6.3 d ATTIVITÀ DI CONTROLLO

Il manuale HACCP, volto a prevenire i pericoli di contaminazione alimentare, deve prevedere controlli giornalieri e periodici su tutte le fasi: deve essere costantemente aggiornato e validato, anche con indagini microbiologiche eseguite presso laboratori esterni accreditati.

Devono essere effettuati regolari controlli per quanto riguarda:

- **la temperatura** di alimenti deperibili come carni, pesce, latticini e surgelati

- **lo stato igienico** del mezzo di trasporto

- **la conformità dello stato** dei prodotti agli standard prefissati

- **l'integrità delle confezioni**

Solitamente, nei piani di autocontrollo HACCP dei Servizi di Ristorazione, come requisito richiesto an-

che nel Bando di Gara d'Appalto del Servizio, sono previsti tamponi su superfici, per la valutazione dell'efficacia del piano di igiene pulizia. Le superfici sono di tavoli, attrezzature, utensili, stoviglie, contenitori di trasporto, frigoriferi e mani operatori. Il risultato di tali tamponi è comunicato dal laboratorio di analisi esterno, a distanza di alcuni giorni dalla produzione del pasto. E' inefficace quindi per l'azione immediata di ri-sanificazione della superficie interessata, se i valori sono non conformi, con valori di CBT (carica batterica totale) alta o patogeni presenti. E' utile e consigliabile affiancare anche **strumenti immediati per la valutazione del grado di pulizia**, come il **bioluminometro**, strumento che misura l'ATP (adenosina trifosfato) che consente la lettura di un risultato immediato e di ripetere l'operazione di sanificazione del punto interessato.

Nell'igienicità si possono includere alcuni miglioramenti dell'offerta ristorativa che influiscono sullo stato igienico del paziente, quali:

- salviette rinfrescanti per lavare le mani ai non deambulanti
- collutorio in flaconi monodose per sostituire il lavaggio dei denti

2.7 ASPETTI TECNOLOGICI

AMBITO
Tecnologico
OBIETTIVO
Sicurezza e qualità gustativa del pasto

2.7.1 SISTEMI DI PREPARAZIONE E DI DISTRIBUZIONE DEI PASTI

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

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

VANTAGGI	SVANTAGGI
<ul style="list-style-type: none"> ■ rapido passaggio del cibo dal luogo di produzione al luogo di somministrazione, con ridotta possibilità di sviluppo microbico e migliore conservazione delle caratteristiche organolettiche ■ distribuzione del pasto nelle vicinanze della cucina con possibilità di <i>feedback</i> immediato sul gradimento e su eventuali disservizi. Possibilità di correzione <i>in fieri</i> del disservizio ■ maggiore scambio di informazioni, minore "disumanizzazione" del ciclo produttivo 	<ul style="list-style-type: none"> ■ può esserci una lievitazione dei costi rispetto ad organizzazioni complesse che si avvantaggiano di un utilizzo ottimale delle diverse figure professionali comunque indispensabili a garantire tutti gli aspetti di qualità del servizio

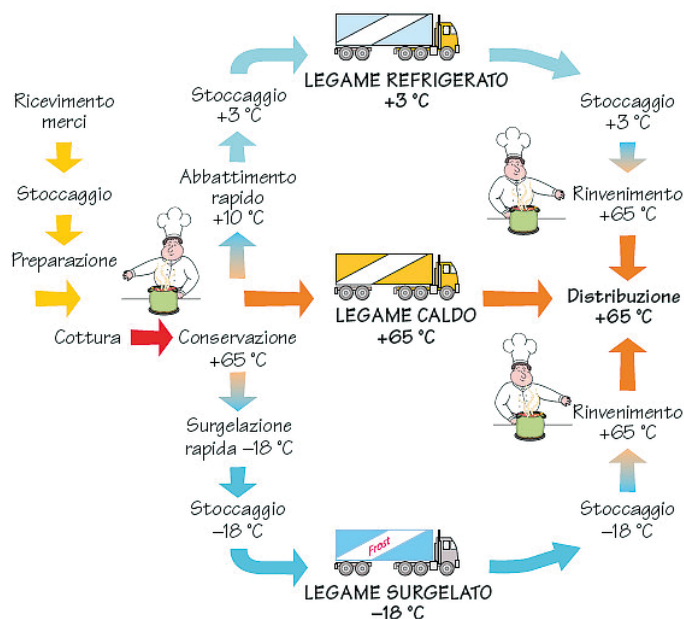
2. **Cucina centralizzata:** è il centro di cottura, solitamente gestito da grandi aziende di ristorazione collettiva, che mediante una rete distributiva trasporta i pasti alle varie strutture.

VANTAGGI	SVANTAGGI
<ul style="list-style-type: none"> ■ ottimizzazione dell'impiego del personale e abbattimento dei costi ■ maggiore professionalità a disposizione ■ possibilità di fornire un servizio anche a strutture che non dispongono di cucina ■ possibilità di investimenti in strutture, tecnologie ed impianti moderni ed efficienti (abbattitore, macchine sottovuoto, controlli microbiologici) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ problemi di gestione e di trasporto ■ tempi maggiori tra la preparazione dei pasti e il loro consumo, con difficoltà di mantenere la catena del freddo e del caldo ■ difficoltà a mantenere le caratteristiche organolettiche degli alimenti ■ spersonalizzazione del rapporto "utente/operatore del servizio"

2.7.2 I DIVERSI TIPI DI LEGAME

L'organizzazione della produzione e della distribuzione dei pasti si differenzia secondo 2 sistemi: il sistema convenzionale e quello del legame differito.

Presupponendo per ogni sistema la stessa accuratezza nell'applicazione dell'HACCP, vengono presi in esame i singoli sistemi e tecnologie oggi disponibili, indicando in sintesi alcuni dei possibili vantaggi e svantaggi (praticità, rapidità, costi, ridotti, tempi di trasporto, quantità di pasti prodotti, numero di sessioni lavorative richieste, complessità delle tecniche, flessibilità nell'offerta giornaliera dei menu, risultato sensoriale, etc.)



2.7.2a SISTEMA CONVENZIONALE

SISTEMA CONVENZIONALE Distribuzione tradizionale "fresco-caldo"

Pasto che dopo la sua preparazione (a caldo o a freddo in funzione della ricetta) è mantenuto nella spazio e nel tempo nelle condizioni termiche determinate in fase di produzione, e somministrato senza che siano previsti ulteriori trattamenti termici. In pratica, si concentra tutto il ciclo di preparazione delle vivande nelle ore che precedono il loro servizio e consumo: i cibi vengono cotti e immediatamente distribuiti ai consumatori.

Gli alimenti vengono cotti dalla cucina (centralizzata o in loco) e il trasporto dalla cucina ai reparti, avviene con carrello riscaldato o refrigerato. In tale situazione, **il trasporto deve essere effettuato in tempi brevi** dopo la fine della cottura, per evitare:

- un notevole scadimento delle qualità organolettiche
- la possibilità che si possa verificare una proliferazione batterica incontrollata

Tale metodo permette il naturale sviluppo del calore dal basso verso l'alto. Ogni piatto riceve la quantità di energia, necessaria a mantenere o raggiungere la temperatura desiderata, evitando sbalzi termici. Il controllo corretto della temperatura e la copertura dei piatti permettono la creazione di un microclima, evitando così che il cibo si secchi. Il tempo intercorrente tra preparazione e somministrazione non deve comunque superare le 2 ore se il cibo è conservato in isoterma.

2.7.2 b SISTEMI A LEGAME DIFFERITO O CENTRALIZZATO

Le operazioni di manipolazione e cottura dei cibi avvengono in stabilimenti definiti centri di produzione pasti o centri cottura o cucine centralizzate, separate dai luoghi di distribuzione.

Fra il momento in cui il cibo viene preparato nel centro di cottura e quello in cui viene consumato nel centro di distribuzione possono trascorrere minuti, ore, o persino giorni o mesi, a seconda del sistema che si adotta per conservare i pasti preparati.

SISTEMA COOK & CHILL O A LEGAME REFRIGERATO

Il termine *Cook & Chill* sta ad indicare un raffreddamento veloce delle pietanze appena cotte. Dietro questa procedura apparentemente semplice si nasconde in realtà un nuovo modo di interpretare il lavoro in cucina che porta considerevoli vantaggi non solo produttivi ma anche igienico-sanitari. Il processo può essere fatto con la tecnica del legume refrigerato oppure con la tecnica del legume surgelato (detto *Cook & Freeze*).

In quest'ultimo caso occorre richiedere l'autorizzazione sanitaria all'ASL di competenza, esso si articola nelle seguenti fasi:

1. Preparazione
2. Cottura
3. Raffreddamento rapido a temperatura positiva o negativa
4. Rigenerazione

Il cibo, preparato in maniera convenzionale, viene sottoposto a raffreddamento rapido, con abbattitore, fino a 10°C al cuore del prodotto, entro 90 minuti circa. dopo eventuale porzionamento (in locali a temperatura modificata di 12°C e con chiusura in carrelli *neutri*), viene stoccato e conservato sopra il punto di congelamento tra 0 e 3°C.

L'abbattimento di temperatura per quanto riguarda la refrigerazione può avvenire attraverso un ciclo *soft o hard*. Con l'adozione del sistema *cook and chill* si riscontrano molti vantaggi:

- **Salubrità del prodotto**, grazie all'abbattimento di temperatura molto veloce, la proliferazione batterica compresa tra i +10 °C e i +65 °C viene ridotta al minimo
- **Cibo dalla qualità organolettica e dal sapore migliore** rispetto al freddo "surgelato"
- **Produzione di grandi quantità di cibo** con possibilità di ottimizzare le risorse e i costi
- **Possibilità di concentrare in minori sessioni lavorative** la preparazione dei cibi con risparmio di tempo
- **Razionalizzazione del lavoro**, che può essere distribuito in modo uniforme nell'arco della settimana e durante il giorno per evitare i periodi di picchi e i periodi vuoti, si può lavorare anche durante le ore pomeridiane e notturne, la lavorazione può avvenire anche per categorie di piatti
- **Economia di materie prime**, si riducono gli sprechi e gli scarti delle materie prime, utilizzando poi il sistema di surgelazione è possibile acquistare i prodotti nel periodo di massima produzione, quando costano meno e rendono di più
- **Ottimizzazione dell'uso delle attrezzature**: è possibile utilizzare al meglio le attrezzature disponibili, minor numero di cicli di cottura con forni più pieni
- **Ampliamento del menù**: è possibile aumentare le proposte gastronomiche

Gli svantaggi di tale tecnologia sono rappresentati da:

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

Il prodotto può essere conservato per un massimo di 3-5 giorni (compreso il giorno della preparazione e abbattimento).

Il pasto viene quindi trasportato mediante automezzi refrigerati, a non più di 4°C, nel luogo del consumo ove, immediatamente prima del consumo, viene portato ad una temperatura di almeno 70°C (con rigenerazione a vapore, irradiazione, conduzione, induzione o microonde) e servito.

Solitamente si utilizza uno specifico carrello refrigerante/riscaldante, che prima mantiene una temperatura di 3 °C e poi porta l'alimento a 73 °C circa.

Se invece i cibi vengono **sigillati e pastorizzati**, possono essere riattivati per il consumo entro 10 giorni.

SISTEMA COOK & FREEZE O A LEGAME SURGELATO

Il cibo preparato in maniera convenzionale, viene subito sottoposto ad abbattimento della temperatura fino a -18°C in un tempo rapido (3 ore) e confezionato in idonei contenitori. Infine, viene STOCCATO in congelatori a -20°C. Si tratta di cibi precucinati, preparati secondo i metodi della **surgelazione**. Gli alimenti vengono preparati, cotti, porzionati, confezionati ed etichettati. Prima della distribuzione, i prodotti vengono fatti rinvenire in maniera corretta a temperatura di consumo. Le attrezzature debbono essere adeguate e correttamente utilizzate al fine di consentire la preparazione di prodotti di elevata qualità e l'adeguato scongelamento degli stessi. Successivamente, vengono immediatamente raffreddati e stoccati a -18°C e, infine, trasportati nei locali di servizio o nelle cucine terminali dove, al momento opportuno, saranno riattivati per il consumo.

RISTORAZIONE DIFFERITA A LEGAME CALDO O FRESCO-CALDO

Vi sono apposite cucine centralizzate o centri cottura che provvedono a preparare, cucinare e confezionare i cibi in contenitori ermetici, quindi i pasti vengono confezionati subito dopo la cottura ad una temperatura non inferiore a 60°C. Successivamente si ha il trasporto, mantenendo una temperatura di almeno 65°C (in modo da evitare il rischio di una crescita microbica) ai locali di servizio o alle cucine terminali e qui distribuiti per il successivo consumo cercando di non superare le due ore di tempo che vanno dalla cottura al consumo. Tra produzione e consumo pasti intercorrono poche ore. I pasti caldi sono mantenuti a 65°C.

2.7.2b ALTRI SISTEMI DI PREPARAZIONE PASTI

SISTEMA MISTO	<p>Prevede la possibilità di utilizzare, per differenti preparazioni alimentari, differenti sistemi di produzione che ne ottimizzano il risultato sensoriale, nutrizionale ed igienico-sanitario. Questo sistema, se opportunamente studiato, può produrre grandi vantaggi in termini di FLESSIBILITA' DELL'OFFERTA' GIORNALIERA DEL MENU' (che potrà così prevedere una scelta programmata di piatti, alcuni preparati in fresco-caldo, altri in cook and chill o in sottovuoto).</p>
SISTEMA DI COTTURA IN MICROONDE	<p>Il microonde è un metodo di cottura molto usato in cucina perché pratico e veloce. Il forno a microonde è certo un'invenzione utilissima, infatti la maggior parte delle cucine italiane ne è dotata, dai modelli più semplici a quelli superaccessoriati con grill. Rapido e pulito, il forno a microonde è ideale per le cuoche moderne sempre in corsa con il tempo. E oggi il microonde è considerato anche sicuro, visto che diverse ricerche lo hanno scagionato dall'accusa di emettere onde nocive per la salute.</p> <p>Per scongelare (senza però cuocere) e riscaldare, il microonde resta la soluzione ideale. Come pure per cucinare verdure che, hanno dimostrato le ricerche, con questo metodo di cottura non perdono principi nutritivi. Per la vitamina C, per esempio, si è osservato addirittura un vantaggio: ne resta il 75% in più rispetto a tecniche tradizionali come la cottura al forno e la bollitura.</p>
SISTEMA DI COTTURA IN SOTTOVUOTO	<p>La pratica di mettere sottovuoto i cibi nasce in primo luogo per esigenze igieniche e per salvaguardare le caratteristiche organolettiche degli alimenti, il cibo quindi si conserverà più a lungo senza subire aggressioni da agenti patogeni aerobici, non solo, ma conserverà anche le caratteristiche organolettiche che caratterizzano il prodotto fresco più a lungo, incluso il colore. Naturalmente è importante che la temperatura di conservazione sia bassissima (da 0° a 3°).</p> <p>La cottura sottovuoto salvaguarda molti componenti sia sotto il profilo nutrizionale (le vitamine, le proteine, gli zuccheri ed i grassi) che sotto quello organolettico, colore, profumo e sapore, i cibi risultano più digeribili, perché la cottura è molto più uniforme e le condizioni igieniche sono molto più sicure. Infine anche sotto il profilo del food cost la cottura sottovuoto incide positivamente, perché la perdita di liquidi e di peso degli alimenti cotti in sottovuoto è notevolmente inferiore.</p>

SISTEMA DI COTTURA A VAPORE	Cuocere al vapore è un metodo di cottura tra i più sani, Il principio è semplice, gli alimenti non vengono immersi nell'acqua né rosolati o fritti, così facendo si conservano inalterate le proprietà organolettiche odore colore sapore naturalmente vitamine e minerali, si cuoce in teglie forate o cestini di Bamboo, mentre se vogliamo una cottura decisamente professionale possiamo cuocere qualsiasi alimento in sacchetti sottovuoto per cottura (max 120°) e cuocere in forni a vapore oppure tramite dei Roner che permettono un controllo della temperatura prefissato e costante.
SISTEMA DI COTTURA CON PIANO A INDUZIONE	La cottura ad induzione sfrutta le correnti magnetiche generate dalle bobine del piano affinché sia il fondo della pentola a riscaldarsi, non il piano cottura, che rimane freddo. Il risparmio energetico è dunque assicurato dal fatto che l'energia utilizzata serve a generare il calore solo dove serve (la superficie della pentola), quando serve (nel momento in cui la pentola viene tolta dal piano, la reazione magnetica si interrompe). Il successo di questi elettrodomestici è dovuto all'alto rendimento, poiché il calore ottenuto è lo stesso degli altri tipi di piano, ma ottenuto con consumo di energia di gran lunga inferiore, con dispersioni minime. La cottura a induzione è estremamente precisa: potendo regolare la potenza con la massima precisione e flessibilità, si garantisce una temperatura perfetta sia per cotture che richiedono una potenza elevata sia per quelle molto delicate, riducendo il rischio che i cibi si attacchino o si brucino.
SISTEMA AD ULTRASUONI	Gli ultrasuoni nella cucina professionale sono da sempre utilizzati dall'industrie alimentari per la lavorazione delle carni, la conservazione alimentare, emulsioni olio in liquidi degassamento, omogeneizzazione, miscelazione dei liquidi. I vantaggi nel trattamento ad ultrasuoni per l'omogeneizzazione sono molteplici e si basano sulla riduzione delle particelle contenute nel liquido o in una miscela. Queste nuove applicazioni permettono di preparare nuovi piatti con nuovi sapori. Il sanificatore consente di estrarre sapori e aromi non conosciuti da erbe, ortaggi e fiori: gusti che sono persi durante il normale processo di cottura.

2.7.3 RISTORAZIONE NON TRADIZIONALE: DISTRIBUZIONE AUTOMATICA DI ALIMENTI E BEVANDE

Le modalità operative di espletamento del servizio (se effettuato su richiesta dell'Ente Appaltante) devono prevedere che i distributori automatici di alimenti e bevande (bevande calde, fredde e snack, etc.) abbiano le seguenti caratteristiche:

- essere di ultima generazione al momento dell'installazione
- essere di facile pulizia e disinfettabili
- garantire l'assoluta igienicità dei prodotti distribuiti
- avere le superfici destinate al calore collocate in modo tale da non influire negativamente sulla conservazione e le caratteristiche igieniche ed organolettiche di alimenti e bevande
- essere oggetto di adeguata manutenzione
- essere in regola con le norme in materia di

etichettatura dei prodotti alimentari

E' inoltre utile e/o opportuno:

- porre attenzione alla scadenza dei cibi ed ai tempi di rifornimento
- rendere disponibili nei distributori prodotti migliorativi sotto il profilo nutrizionale (prodotti freschi: frutta e verdura, *yogurth*, etc.), realizzati con limitato impiego di antiparassitari (a lotta integrata, biologici) e locali, senza impiego di OGM, di provenienza equo solidale e di prodotti destinati ad un pubblico specifico (es prodotti dietetici per celiaci, diabetici, etc.)
- prestare attenzione all'impatto ambientale e contenere il consumo energetico
- assicurare razionale raccolta e smaltimento rifiuti
- monitorare il gradimento da parte degli utenti

2.8 ASPETTI AMBIENTALI

AMBITO
Impatto ambientale
OBIETTIVO
Ecosostenibilità e risparmio energetico

2.8.1 IL QUADRO NORMATIVO SULL'IMPATTO AMBIENTALE

In coerenza con la **Comunicazione 2003/302 della Commissione Europea** con la quale si invitano “gli Stati membri a dotarsi di piani d’azione accessibili al pubblico per l’integrazione delle esigenze ambientali negli appalti pubblici”, l’Italia, con Decreto Interministeriale dell’11 aprile 2008 (aggiornato dal Decreto 10 aprile 2013) ha approvato il Piano d’Azione per la Sostenibilità Ambientale dei Consumi della Pubblica Amministrazione” (PAN GPP).

Il PAN GPP invita tutte le Pubbliche Amministrazioni ad introdurre una politica di *Green Public Procurement*, comprendente l’analisi dei fabbisogni, la definizione dei propri obiettivi in termini di miglioramento ambientale, l’individuazione di funzioni competenti e di interventi di formazione e di monitoraggio.

La strategia del *Green Public Procurement* intende perseguire i seguenti obiettivi ambientali:

- Efficienza e risparmio di risorse naturali, in particolare l’energia e conseguente riduzione di CO₂
- Riduzione dei rifiuti
- Riduzione dell’uso di sostanze pericolose.

Il **PAN GPP** prevede la **definizione di “criteri ambientali minimi” (CAM)**, ossia un insieme di requisiti ambientali. I criteri ambientali sono “minimi” in quanto elementi di base di qualificazione delle forniture verdi, essi non precludono la facoltà delle stazioni appaltanti di aggiungere criteri o di renderli più stringenti laddove esistano le condizioni appropriate.

I **CAM della Ristorazione collettiva (DM Ambiente del 25.07.2011)** sono rappresentati principalmente da:

- prescrizioni riguardanti le percentuali minime di derrate alimentari che debbono derivare da produzione biologica, pesca sostenibile, produzioni a minori impatti ambientali, produzioni di origine controllata (IGP, DOP)

- Indicazione ad acquistare e utilizzare nei menù prodotti ortofrutticoli stagionali e bevande non confezionate (a meno di specifiche esigenze igienico-sanitarie)
- indicazioni riguardanti la promozione e la diffusione di certificazioni sulla rintracciabilità della filiera;
- indicazioni per evitare l’uso di stoviglie in plastica usa e getta e ulteriori indicazioni sulla qualità del servizio e sulla necessità di adottare misure per ridurre lo spreco di alimenti

L’entrata in vigore del nuovo **Codice dei Contratti Pubblici (D. Lgs. 18 aprile 2016 n. 50)** ha modificato il **quadro normativo di riferimento per gli acquisti- della Pubblica Amministrazione**, con ricadute potenzialmente molto positive per quelle aziende che hanno deciso di caratterizzarsi sul mercato per l’ecologicità della propria offerta.

2.8.2 ECOSOSTENIBILITÀ E RISPARMIO ENERGETICO

La ristorazione collettiva è tra gli 11 ambiti d’azione per l’impatto ambientale significativo che ha il settore dell’alimentazione e delle bevande.

Secondo principi incentrati sulla sana alimentazione e la riduzione dell’impatto ambientale, il Servizio di Ristorazione Ospedaliera può prevedere:

- la realizzazione campagne di comunicazione incentrate sulla sostenibilità ambientale e sociale nella ristorazione collettiva (ad es.: tovagliette con carta riciclata, menu ipolipidici e diffusione delle linee guida per una sana alimentazione, la previsione di cartellonistica su temi alimentari, meglio se relativi al consumo di frutta e verdura e ogni altra attività legata alla diffusione di una sana alimentazione)
- la realizzazione di azioni di sostenibilità in accordo con associazioni di volontariato (a titolo puramente esemplificativo: recupero di pane e frutta e/o dei pasti cucinati non consumati, loro destinazione a centri di assistenza e mense dei poveri, e comunicazione correlata, realizzazione di progetti di educazione alimentare, ambientale e /o sociale)
- la previsione di cartellonistica su temi alimentari, meglio se relativi al consumo di frutta e verdura
- l’abbattimento dei rumori (ad es., attrezzature di cucina)
- l’utilizzo di prodotti alimentari caratterizzati dalla minore quantità di emissioni di gas serra, espressi in termini di CO₂ equivalenti lungo il ciclo di vita (*Carbon Footprint*)

IL NUOVO CODICE DEGLI APPALTI E I CAM DELLA RISTORAZIONE COLLETTIVA

L'entrata in vigore del nuovo **Codice dei Contratti Pubblici** ha modificato il quadro normativo di riferimento per gli acquisti della Pubblica Amministrazione, con ricadute potenzialmente molto positive per quelle aziende che hanno deciso di caratterizzarsi sul mercato per l'ecologicità della propria offerta. In particolare:

Art. 34 - stabilisce l'obbligo di applicare in maniera integrale le “*specifiche tecniche di base*” e le “*condizioni di esecuzione contrattuali*” dei Criteri Ambientali Minimi (CAM)¹ adottati con Decreto del Ministro dell'Ambiente e della Tutela del Territorio e del Mare.

Art. 93 - attribuisce il diritto agli operatori economici certificati (ISO14001, SA 8000, OHSAS 18001, UNI CEI EN ISO 5000, UNI CEI 11352), registrati EMAS, o che offrano prodotti ECOLABEL UE, di ridurre in modo considerevole la fideiussione provvisoria e definitiva per la partecipazione alle gare d'appalto, contribuendo a mitigare il fabbisogno finanziario delle imprese.

Art. 95 - si riferisce all'offerta economicamente più vantaggiosa riconosciuta come criterio principale di valutazione delle offerte. L'articolo infatti limita ed elenca i casi in cui una stazione appaltante può ricorrere a una valutazione puramente economica delle offerte (prezzo più basso) e stabilisce chiaramente, al contempo, che non dovranno essere valutati al prezzo più basso i contratti relativi ai servizi sociali e di ristorazione ospedaliera, assistenziale e scolastica, nonché i servizi ad alta intensità di manodopera² (es.: il servizio di pulizia, la ristorazione collettiva, la gestione dei rifiuti, la manutenzione del verde pubblico, ecc).

Art. 95 comma 6 - elenca alcuni dei criteri che possono essere utilizzati come criteri premianti dell'offerta tra cui:

- la qualità, che comprende pregio tecnico, caratteristiche estetiche e funzionali, accessibilità per le persone con disabilità, progettazione adeguata per tutti gli utenti, *rating* di legalità, certificazioni e attestazioni in materia di sicurezza e salute dei lavoratori, quali OSHAS 18001, caratteristiche sociali, ambientali, contenimento dei consumi energetici e delle risorse ambientali dell'opera o del prodotto, caratteristiche innovative, commercializzazione e relative condizioni;

- la compensazione delle emissioni di gas ad effetto serra associate alle attività dell'azienda calcolate secondo i metodi stabiliti in base alla raccomandazione CE n. 2013/179/UE.

Art. 96 - introduce la possibilità di valutare le offerte sulla base del costo del ciclo di vita che comprende i costi sostenuti dall'amministrazione aggiudicatrice o da altri utenti, quali: costi relativi all'acquisizione, all'utilizzo, al consumo di energia e altre risorse, i costi di manutenzione, quelli relativi al fine vita, come i costi di raccolta e di riciclaggio, i costi imputati a esternalità ambientali legate ai prodotti, servizi o lavori nel corso del ciclo di vita, a condizione che il loro valore monetario possa essere determinato e verificato. Per la concreta applicazione del criterio di valutazione delle offerte, per certi versi “rivoluzionario”, è necessaria una standardizzazione delle metodologie di valutazione del costo del ciclo di vita; a tal proposito l'Unione Europea sta elaborando un *tool kit* di valutazione dei principali approvvigionamenti pubblici.

Art. 144 - dedicato esplicitamente ai *Servizi di ristorazione* - stabilisce che, nella valutazione dell'offerta tecnica, *si deve tenere conto, in particolare, degli aspetti relativi alla qualità dei generi alimentari con particolare riferimento a quella di prodotti biologici, tipici e tradizionali, di quelli a denominazione protetta, nonché di quelli provenienti da sistemi di filiera corta e da operatori dell'agricoltura sociale, il rispetto delle disposizioni ambientali in materia di green economy, dei criteri ambientali minimi pertinenti di cui all'articolo 34 del presente codice e della qualità della formazione degli operatori.*

- l'utilizzo di produzioni estere biologiche con garanzie del rispetto dei diritti lavorativi ed ambientali previsti dai principi stabiliti dalla Carta Europea dei criteri del commercio equo e solidale

A parità di requisiti di qualità e di coerenza con modelli di tutela della salute, bisogna porre attenzione ad una sostenibile valorizzazione dei prodotti rispettosi dell'ambiente e dei valori ad esso correlati (agricoltura sostenibile, benessere animale, rispetto tradizioni locali, etc.).

1 Documenti, adottati con Decreto Ministeriale, contenenti “considerazioni ambientali” collegate alle diverse fasi delle procedure di gara (oggetto dell'appalto, specifiche tecniche, caratteristiche tecniche premianti, condizioni di esecuzione dell'appalto) volte a qualificare ambientalmente gli approvvigionamenti pubblici.

2 I servizi ad alta intensità di manodopera sono quelli nei quali il costo della manodopera è pari ad almeno il 50% dell'importo totale del contratto.

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.

L'organizzazione logistica, legata alla movimentazione delle derrate e dei pasti, ha un elevato impatto ambientale, che può essere limitato con interventi strutturali ed organizzativi, quali l'utilizzo di un parco mezzi a basso consumo e ridotte emissioni inquinanti per il trasporto delle merci (veicoli almeno euro 4, veicoli elettrici, vetture ibride).

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, identificati dal marchio europeo ECO-LABEL, che hanno un minore impatto sull'ambiente, sono privi di alcune sostanze pericolose e sono facilmente biodegradabili. A limitare il consumo di acqua e a ridurre l'impiego di detergenti può concorrere l'utilizzo di attrezzature di ultima generazione.

2.8.3 MANUTENZIONE DI AMBIENTI E ATTREZZATURE

Tra le condizioni obbligatorie più importanti per il buon esito del servizio di ristorazione, anche per la sua qualità "alimentare" e "ambientale" vi è l'osservanza delle normative per la tutela dei lavoratori. E' 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 e la sicurezza dell'ambiente di lavoro per gli operatori.

2.8.4 GESTIONE DELLE ECCELENZE E DEI RESIDUI

La valutazione degli scarti dei pasti somministrati rappresenta un momento di estrema importanza nella gestione degli aspetti nutrizionali dei pazienti, sia per la valutazione ed il monitoraggio dello stato nutrizionale sia per l'impostazione di un adeguato supporto nutrizionale. E' infatti comune e documentata un'assunzione alimentare ridotta rispetto ai fabbisogni.

La qualità di gestione del pasto riporta alla progettazione del servizio, al suo funzionamento in termini di efficienza e produttività e quindi a modalità che evitino sprechi e permettano il recupero, a fini di

solidarietà sociale, degli alimenti non utilizzati. Nello specifico, il problema della gestione delle eccedenze e dei residui deve 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*
 - possono esseri realizzati progetti per il recupero del cibo non somministrato da destinare ad organizzazioni non lucrative (legge 155/2003 del buon samaritano)

2.8.5 GESTIONE DEI RIFIUTI

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)
- 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

2.9 ASPETTI DI COMUNICAZIONE

AMBITO
Comunicazione
OBIETTIVO
Informazione del paziente

2.9.1 LA COMUNICAZIONE CON IL PAZIENTE E LA CARTA DEI SERVIZI DELLA RISTORAZIONE

E' indispensabile comunicare con il paziente ed i suoi familiari / *caregivers*, trasferendo informazioni riguardanti scelte del servizio ristorativo, il menù in sé e la sua *ratio* (spiegare anche semplicemente perché iposodico, senza troppi grassi ecc.. anche nel menù comune), le scelte possibili tra le pietanze, menù per esigenze etico-religiose, gli orari e le prenotazioni, eventuale terapia dietetica e servizi previsti per

la somministrazione del pasto. (es. volontari per la somministrazione per coloro che sono impossibilitati autonomamente).

La comunicazione deve avvenire in via lineare e semplice, adatta ad ogni categoria di utenza, con diversità culturali, economiche, di lingua, religione, etc. e deve essere fruibile ovunque in ospedale con modalità diverse, ma diffuse capillarmente e non centralizzate. Solo con una corretta comunicazione si creano le condizioni per un confronto e una valutazione del servizio da parte del paziente completa e consapevole.

2.9.2 L'INFORMAZIONE

Deve essere predisposto del materiale informativo riguardante le diverse tipologie di ricette – anche etniche o della tradizione, le grammature dei piatti previsti dai menù (opuscoli, poster, etc.). 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.). Su tali tematiche, possono essere utilizzati anche video, filmati e momento di incontro con i pazienti ed i loro familiari / *caregivers*. Un sistema di informazione consiste nella attivazione di un numero “verde”, ovvero un numero telefonico dedicato attraverso il quale, in determinati orari, è possibile chiedere informazioni e/o fare segnalazioni in merito al servizio di ristorazione, sia direttamente con gli operatori sia attraverso sistemi a opzione, che forniscano indicazioni su dove e come poter reperire le informazioni o dove indirizzare richieste e segnalazioni. **Il Servizio di Ristorazione deve garantire un'informazione agli utenti anche relativamente a:**

- Alimentazione, salute e ambiente
- Provenienza territoriale degli alimenti
- Stagionalità degli alimenti

Una via prioritaria di comunicazione / informazione è la **Carta dei Servizi per la Ristorazione**, che è preferibile sia organizzata secondo la struttura sottodescritta.

2.9.3 STRUTTURA DELLA CARTA DEI SERVIZI PER LA RISTORAZIONE OSPEDALIERA

La Carta dei Servizi per la Ristorazione Ospedaliera è un documento realizzato al fine di offrire ai degenti ed ai loro familiari un'adeguata conoscenza del Servizio. I contenuti della Carta derivano da accurate osservazioni e da analisi condotte sulle complessità, le

peculiarità e le modalità finalizzate alla realizzazione ed alla valorizzazione del servizio stesso.

La Carta dei Servizi per la Ristorazione Ospedaliera è lo strumento offerto al paziente con il quale si comunica e lo si informa sui pasti in ospedale, orari, scelte rispetto al menù ed agli alimenti, i diritti del medesimo, gli impegni e gli standard di qualità previsti.

CARTA DEI SERVIZI PER LA RISTORAZIONE OSPEDALIERA

La Carta dei Servizi della Ristorazione deve fornire informazioni all'utente e ai suoi familiari circa gli impegni assunti in merito alla Qualità del Servizio e alla Qualità dei Prodotti. In particolare, rappresenta il documento che contiene gli impegni che la struttura ospedaliera si assume nei confronti dei suoi utenti, intesi come degenti e accompagnatori, di raggiungere il massimo livello di qualità del servizio di ristorazione che sia possibile realizzare con le risorse umane, tecnologiche e finanziarie che ha a disposizione.

Al fine della redazione della Carta dei Servizi della Ristorazione può essere assunto a riferimento per le parti pertinenti, il Decreto legge 12 maggio 1995, n. 163, convertito dalla legge 11 luglio 1995, n. 273.

La Carta dei Servizi deve contenere, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, almeno quanto segue:

- Obiettivi e Finalità
- Modalità di accesso al servizio
- Modalità di produzione dei pasti
- Composizione dei pasti
- Modalità e tempi di prenotazione dei pasti
- Modalità e tempi di distribuzione dei pasti
- Orari dei pasti dei degenti
- Modalità di somministrazione dei pasti
- Menù giornaliero / settimanale (negli ospedali per acuti) e per i giorni festivi e/o nei quali la tradizione locale preveda il consumo di cibi particolari, con la descrizione degli alimenti
- Standard di qualità e loro modalità di verifica
- Ubicazione dei luoghi dedicati e adeguatamente attrezzati al consumo dei pasti per utenti non immobilizzati a letto, al fine di favorire la convivialità
- Presenza nella struttura di associazioni di volontariato e loro impegno
- Indicazione delle figure professionali e/o di volontariato che aiutano l'utente non in grado di alimentarsi autonomamente e relative modalità di attivazione
- Eventuale presenza della mensa per i visitatori con orari, modalità di prenotazione e accesso, menù e relativi costi
- Eventuale presenza di distributori automatici di alimenti (scelta “guidata” degli alimenti).

La Carta deve essere consegnata ad ogni paziente al momento dell'accettazione o all'accoglienza in reparto, in formato cartaceo. Il ricorso ad un pieghevole può essere una modalità di presentazione più adeguata, in quanto è uno strumento molto agile, pensato per una rapida consultazione e si può articolare in poche facciate con le informazioni di più immediata utilità.

Per la Carta del Servizio di Ristorazione Ospedaliera si può inoltre prevedere:

- la consultazione *on line* sul sito web della struttura ospedaliera
- una distribuzione capillare
- informazioni più accattivanti, con l'utilizzo di fotografie, immagini o disegni
- la traduzione in lingua straniera (inglese, arabo, etc.).

2.10 QUALITÀ PERCEPITA DEL PASTO E DEL SERVIZIO

AMBITO
Qualità percepita
OBIETTIVO
Soddisfazione del paziente

2.10.1 RILEVAZIONE DEL GRADO DI SODDISFAZIONE

La misurazione della qualità dei servizi risulta una funzione fondamentale poiché consente di verificare il livello di efficienza ed efficacia di un servizio, così come percepito dagli utenti nell'ottica di miglioramento della performance. Si consiglia una valutazione periodica della soddisfazione del cliente stabilendo obiettivi, strumenti, attori e modalità di indagine.

Il grado di soddisfazione dei pazienti ricoverati rappresenta un indicatore che rileva il *gap* esistente tra livello di qualità erogato attraverso il servizio e livello di qualità percepita; preso atto della centralità del ruolo del paziente, rappresenta quindi un valido strumento di supporto alla raccolta di informazioni utili nella gestione del Servizio di Ristorazione.

Per questi motivi, la ditta che eroga il Servizio deve implementare un progetto di *Customer Satisfaction*, con l'obiettivo di:

- rilevare le criticità esistenti
- individuare i punti di forza
- definire nuove modalità di erogazione del servizio
- ridurre sprechi
- favorire il dialogo tra le parti interessate



il Progetto di *Customer Care & Satisfaction* dovrebbe essere rivolto alla valutazione del Servizio di Ristorazione da parte di:

- degenti e loro accompagnatori;
 - personale sanitario, ovvero i fruitori dell'appalto
 - Servizio di Dietetica e Nutrizione Clinica della Struttura Ospedaliera
- attraverso l'indice di gradimento (rilevabile mediante questionari o altri strumenti)

2.10.2 CENTRALITÀ E COINVOLGIMENTO DIRETTO DEL PAZIENTE

Il menù in ospedale è a tutti gli effetti parte della terapia del paziente. La rilevazione della soddisfazione può essere effettuata attraverso interviste quantitative e qualitative strutturate svolte mediante la somministrazione di questionari anonimi con modalità assistita "face to face" a tutti i degenti presenti nelle giornate di gradimento che risultavano collaboranti e dopo avere consumato tutti i pasti previsti dalla giornata alimentare (colazione, pranzo e cena).

Misurazione della qualità dei servizi: verificare il livello di efficienza ed efficacia di un servizio, così come percepito dagli utenti nell'ottica di miglioramento della performance.

Si consiglia una valutazione periodica della soddisfazione del cliente stabilendo obiettivi, strumenti, attori e modalità di indagine. L'attività di monitoraggio degli aspetti organizzativo-gestionali della ristorazione ospedaliera, unitamente alla Customer Care Satisfaction, contribuisce a mantenere il più alto livello possibile di qualità del Servizio di Ristorazione Ospedaliera. Tale servizio concorre positivamente in maniera sostanziale alla qualità dell'assistenza fornita [tratto da: Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera e assistenziale]

QUESTIONARIO DI GRADIMENTO

Lo strumento di valutazione del pasto e del Servizio di Ristorazione da parte del paziente può essere un questionario specifico somministrato con modalità assistita ai degenti:

1. Dieta Libera (Menù Ristorazione)

2. Dieta Speciale (Dietetico Ospedaliero o Dieta personalizzata)

attraverso il quale il paziente può esprimere il livello di soddisfazione in una soggettiva scala di valori ad., es., con 5 possibili giudizi:

- da “per niente soddisfatto” a “molto soddisfatto”
- voto numerico da 1 a 5
- con semplici “faccine” / emoticon

oppure, mediante rilevamento su dispositivo (es. *tablet*) se in dotazione alla Caposala o ad altra figura del Servizio di Ristorazione per finalità quali il monitoraggio del consumo del pasto, le prenotazioni, etc.

Le domande e aspetti da valutare nel questionario di gradimento potranno riguardare:

- la qualità e quantità del primo, secondo piatto, contorno e frutta
- la temperatura dei piatti (distinti in primo e secondo, contorno e frutta)
- gli orari dei pasti
- sufficiente scelta dei piatti previsti nel menù
- giudizio sul servizio nel complesso

Un elemento di straordinaria importanza, al fine di riscontrare il gradimento dell'utenza, attiene ai tempi ed agli orari del pasto, nell'ottica di andare incontro non solo ai ritmi delle attività sanitarie, ma anche alle abitudini alimentari della popolazione.

2.10.3 MIGLIORAMENTO DEL SERVIZIO

A fronte dei risultati delle indagini di Qualità Percepita e delle eventuali criticità rilevate, le principali caratteristiche oggetto di una scelta consapevole e che contribuiscono al miglioramento del servizio sono le seguenti:

- 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 del Servizio
- **Buona comunicazione** tra operatori e tra gli stessi, i pazienti ed i loro familiari / *caregivers*, per una maggiore integrazione con il processo di assistenza e cura

3. STRUMENTI PER LA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DEL SERVIZIO

Al fine di garantire la continuità nell'erogazione del servizio, è necessario introdurre opportuni

strumenti per la valutazione di tutte le dimensioni della qualità del servizio e del pasto lungo tutta la catena di fornitura considerati nel presente documento, ovvero:

- Aspetti Nutrizionali
- Qualità degli Ingredienti
- Variabilità e Aspetti Sensoriali (gusto, olfatto, vista, tatto, udito)
- Aspetti organizzativi, logistici e di competenza del personale
- Aspetti Igienico-sanitari
- Aspetti Tecnologici
- Aspetti Ambientali
- Aspetti di Comunicazione
- Qualità Percepita

con particolare attenzione ai seguenti aspetti di forte impatto sulla soddisfazione del paziente ospedalizzato:

- aspetto quantitativo e qualitativo del pasto
- conformità del menù proposto
- conformità delle temperature degli alimenti
- tempi e modalità di distribuzione dei pasti

Tra i principali strumenti per la valutazione della qualità del servizio, rientrano:

PROGRAMMAZIONE DI VERIFICHE E MONITORAGGI	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
COMMISSIONE / TEAM DI VERIFICA	E' opportuno istituire una commissione / team 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
VERIFICA DEGLI SCARTI	Un aspetto critico della ristorazione ospedaliera riguarda la quantità di avanzi prodotta ogni giorno. 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, che fornisce una panoramica precisa sulle quantità e tipologie di pasti non graditi e la ricerca delle motivazioni che hanno determinato tali scarti attraverso le interviste. I risultati di tale valutazione devono essere poi utilizzati per riformulare i menù, ad esempio attraverso l'introduzione di ricette più appetibili a base di alimenti notoriamente non graditi
SUGGERIMENTI	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'uopo nella Carta dei Servizi)
RECLAMI	Raccolta segnalazioni e disservizi rilevati dalle singole Unità Operative
TAVOLO D'ASSAGGIO	E' inoltre raccomandabile l'introduzione di una mini scheda sensoriale ad utilizzo da parte del <i>Panel test</i> ospedaliero/tavolo d'assaggio composto da personale sanitario/amministrativo del Committente e/o in alternativa da un Esperto Sensoriale/Chef , che giudica il pasto preparato alla distribuzione presso la struttura ospedaliera e assegna un giudizio/punteggio di cui si dovrà tener conto per l'introduzione di interventi correttivi/migliorativi. Ciò si intende necessario in particolare se non è presente nella Struttura Sanitaria l'Unità Operativa di Dietetica e Nutrizione Clinica
AUDIT E VERIFICHE ESTERNE	E' auspicabile la creazione e la presenza di un comitato di cittadinanza che valuti il servizio ristorazione secondo parametri condivisi e definiti

RIFERIMENTI NORMATIVI

1. Norma UNI 11584 - Servizi di ristorazione collettiva - Requisiti minimi per la progettazione del menù-maggio 2015
2. Legge 166 del 19/08/2016 su "Disposizioni nazionali concernenti la donazioni di prodotti alimentari e farmaceutici ai fini di solidarietà sociale e per la limitazione degli sprechi"
3. Codice degli appalti: decreto legislativo n. 50 del 18 aprile 2016
4. Attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE sull'aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici, e sulle procedure d'appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia, dei trasporti e

dei servizi postali, nonché il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture

5. Decreto legge 12 maggio 1995, n. 163, convertito dalla legge 11 luglio 1995, n. 273
6. GU Serie Generale - n. 220 del 22-9-2011 - Allegato Piano d'azione per la sostenibilità ambientale dei consumi nel settore della Pubblica Amministrazione
7. CAM – Criteri Ambientali Minimi per ristorazione collettiva e derrate alimentari
8. Legge 8/3/2017 n° 24: Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie. (17G00041) (GU Serie Generale n. 64 del 17-03-2017)

BIBLIOGRAFIA

1. *Linee guida per una sana alimentazione Italiana*. Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN) (2003). Roma.
2. *Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera e assistenziale*- Ministero della Salute
3. *LARN-Livelli di assunzione Raccomandata di energia e Nutrienti per la Popolazione italiana* Ed. 1996 SINU <http://www.sinu.it/larn.asp>.
4. *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*
5. *“Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera e assistenziale” del Ministero della Salute, pubblicate nel 2010*
6. *Progetto di norma UNI “Servizi di ristorazione fuori casa - Requisiti minimi per la stesura di capitolato di appalto, bando e disciplinare” di prossima pubblicazione*
7. *Linee guida per la ristorazione ospedaliera” della Regione Lombardia pubblicate nel 2009*
8. *Nuovo manuale GPP9 a cura di Provincia di Cremona Settore Ambiente e Ecosistemi srl, pubblicato nel 2008*
9. *Linee di indirizzo per la ristorazione nelle strutture residenziali extraospedaliere” della Regione Veneto, pubblicate nel 2007*
10. *Proposte operative per la ristorazione assistenziale” della Regione Piemonte pubblicate nel 2007*
11. *Proposte operative per la ristorazione ospedaliera” della Regione Piemonte pubblicate nel 2007*
12. *Linee guida per l'integrazione dei requisiti ambientali negli acquisti – Alimenti e servizi di ristorazione” dell'ARPA10 Piemonte, pubblicate nel 2006*
13. *Linee di procedura per un corretto approccio alimentare nell'anziano istituzionalizzato” della Regione Piemonte, pubblicate nel 2005*
14. *Linee guida per la ristorazione nelle case di riposo” dell'Azienda Sanitaria Unica Locale delle Marche*
15. *Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione scolastica” del Ministero della Salute, pubblicate nel 2010*
16. *Linee guida per la ristorazione collettiva scolastica” della Regione Piemonte, pubblicate nel 2002*
17. *Linee strategiche per la ristorazione scolastica in Emilia-Romagna” del Servizio Sanitario Regionale dell'Emilia-Romagna, pubblicate nel 2009*
18. *Società Italiana di Nutrizione Umana, SINU. Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia per la popolazione italiana, IV revisione. Milano: SICS Editore, 2014.*
19. *Regione Piemonte - Assessorato alla Tutela della salute e Sanità Direzione Sanità Pubblica. Proposte operative per la ristorazione ospedaliera*
20. *Regione Toscana – Linee di indirizzo per la ristorazione assistenziale*
21. *Manuale metodologico SNLG-ISS “Come produrre, diffondere ed aggiornare linee guida per la salute pubblica” 2011.*
22. *Manuale d'uso della Cochrane Library versione Cochrane Italia*

Realizzato con il contributo incondizionato di: **E.P. spa - MARKAS srl - Sutter Professional**

VISITA IL SITO



www.anmndo.org



il sito di riferimento
per i medici delle
direzioni ospedaliere

ANMDO
Associazione Nazionale dei Medici
delle Direzioni Ospedaliere

L'ASSOCIAZIONE - COME ISCRIVERSI - INFORMAZIONI SCIENTIFICHE - PUBBLICAZIONI - CONTATTI

Cerca

IN EVIDENZA

44° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO

PRESENTAZIONE PROGETTO DOMINO

COMUNICAZIONI AI SOCI SUL PROGETTO DOMINO

- **IL PROGETTO DOMINO: LE LINEE GUIDA COME STRUMENTO DI GESTIONE DEL PERCORSO PAZIENTE IN LOMBARDIA**
18 luglio 2018
- **IL PROGETTO DOMINO: LE LINEE GUIDA COME STRUMENTO DI GESTIONE DEL PERCORSO PAZIENTE IN EMILIA-ROMAGNA**
18 luglio 2018
- **Presentazione Progetto Domino**
13 luglio 2018

COMUNICAZIONI

- **Avviso chiusura segreteria ANMDO**
19 luglio 2018
- **Scheda di Iscrizione - Percorso di Formazione per Auditor di Sistemi di Gestione per la qualità**
4 giugno 2018

44° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO

Governare l'Ospedale del futuro
L'innovazione: sfida e opportunità
Palazzo 19-20-21 novembre 2018
Centro Culturale Abramo | San Marino

Programma avanzato
SCARICA

PRESENTAZIONE PROGETTO DOMINO

Modelli gestionali e organizzativi di best practice per il percorso di cura del paziente diabetico con complicanze oculari, Bologna, 26 ottobre 2017

ANMDO CARE "L'angolo dell'ANMDO"

- Un bilancio dell'attività dell'Associazione e le prospettive future
- Valore e valori contro i terrorismi di ieri e di oggi
- Medicina di precisione: l'incognita di una sfida culturale e organizzativa
- Fare le cose giuste per garantire la sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale

L'OSPEDALE

Numero 2/2018
Periodico Trimestrale dell'ANMDO

LINK UTILI

- www.eahm.eu.org
- www.siais.it
- Ministero della Salute
- Istituto Superiore di Sanità



Chirurgia ambulatoriale con Toul flusso laminare mobile

Il flusso laminare mobile Toul crea le condizioni asettiche per poter effettuare interventi chirurgici in un ambiente ambulatoriale protetto (iniezioni intravitreali, cataratta, tunnel carpale, cistoscopia, inserimento cateteri venosi centrali, ecc.). La Chirurgia Ambulatoriale facilita il percorso chirurgico, non richiede il pernottamento in ospedale e consente una vita personale meno condizionata dalla struttura ospedaliera e dai suoi rischi (infezioni ospedaliere), fornendo un trattamento in ambiente protetto.

Vantaggi:

- Riduzione delle liste di attesa
- Riduzione dello stress legato al ricovero ordinario
- Riduzione delle infezioni ospedaliere
- Riduzione del costo per la sala operatoria
- Generale miglioramento dei rapporti tra l'Azienda Sanitaria e l'utenza

Il flusso laminare mobile garantisce un elevatissimo livello di sterilità, sia sul campo operatorio che sugli strumenti, per poter effettuare questi tipi di interventi anche in un ambiente ambulatoriale. Il processo della gestione dei pazienti diventa molto più semplice e veloce.

Il sistema flusso laminare mobile focalizzato filtra l'aria attraverso filtri hepa privi di organismi e protegge tutti gli strumenti e materiale sterile già in fase di preparazione con un tavolo strumenti integrato e removibile. All'inizio dell'intervento si sposta semplicemente il tavolo strumenti preparato con il flusso focalizzato verso il paziente e il flusso laminare focalizzato protegge anche la zona in cui viene effettuata l'iniezione intravitreali. Il Toul flusso laminare focalizzato abbatte la contaminazione batterica nei punti critici anche oltre il 95 % e garantisce un livello di sterilità uguale o superiore a qualsiasi sala operatoria per poter effettuare interventi chirurgici in condizioni asettiche. Il sistema è anche dotato di scatola nera per la medicina difensiva. La mobilità del sistema permette anche la possibilità di poter effettuare interventi chirurgici fuori sala con un altissimo livello di asetticità operatoria come nel caso di prematuri che necessitano di interventi chirurgici ma spesso non possono essere eseguiti in sala operatoria per il rischio di emorragie cerebrali causate dal trasporto. Altri ambiti di applicazione possono essere le medicazioni di pazienti in reparto o i centri per pazienti ustionati.



L'iniezione intravitreali con Toul flusso laminare mobile

L'iniezione intravitreali di sostanze terapeutiche in sala operatoria è molto costosa perché richiede l'utilizzo di una sala operatoria e personale adeguato. Il personale deve accompagnare il paziente fino alla sala operatoria, applicare copricapo, sovrascarpe e vestaglia monouso ed infine accompagnare il paziente all'uscita della sala operatoria. Queste operazioni richiedono chiaramente tempo e personale.

Tunnel di carpale: il

Toul flusso laminare focalizzato garantisce un livello di sterilità superiore a qualsiasi sala operatoria

www.normeditec.com


FILMOP[®]
INTERNATIONAL



IL TUO FORNITORE DI PRODOTTI GREEN

CONFORMI AI CAM SANITARI



Equodose[®]
dosatore regolabile
di soluzione detergente



Ampia gamma di
microfibre dTex ≤ 1
ad alta prestazione



RISPARMIO DI SOLUZIONE DETERGENTE

Secchi colorati
realizzati con
plastica riciclata



Prodotti certificati
PSV - Plastica
Seconda Vita



RICICLO DELLE MATERIE PRIME



Equodose: la risposta di Filmop alle esigenze della sanità

Il cleaning professionale ricopre un ruolo fondamentale nell'assicurare il mantenimento di un elevato livello di igiene, in particolare modo nel comparto ospedaliero. La pulizia in questi ambienti deve avvalersi di una procedura volta a contrastare efficacemente la contaminazione crociata e ciò è possibile trattando ogni stanza con un panno diverso e sempre pulito. Per favorire questa prassi Filmop ha realizzato Equodose, l'innovativo dosatore meccanico conforme ai CAM che consente l'impregnazione al momento e direttamente sul posto dei panni necessari al servizio di pulizia. Lo speciale meccanismo di dosaggio di cui è dotato permette di regolare con precisione la quantità di soluzione detergente da 50 a 350 ml, variandola a seconda dell'effettiva necessità. L'impregnazione avviene solamente nella parte del panno che va a diretto contatto con la superficie da pulire, comportando un notevole risparmio di soluzione detergente. La ghiera di regolazione e la tanica contenente la soluzione possono essere assicurate tramite una chiave di sicurezza che permette di evitare eventuali manomissioni ed usi impropri del sistema, rendendolo sicuro e a norma. Equodose è progettato nel rispetto dell'ambiente: non richiede l'utilizzo di energia e non necessita di batterie che devono poi essere smaltite una volta esaurite mentre la sua composizione in polipropilene lo rende completamente riciclabile a fine vita.

www.filmop.com



Workshop "L'Ecolabel dei servizi di pulizia: la nuova certificazione in ambito ambientale"

L'Ecolabel è il marchio di qualità ecologica dell'Unione Europea, specifico dei prodotti che, oltre ad elevati standard qualitativi, vantano un minore impatto ambientale nel corso dell'intero ciclo di vita. A maggio 2018 si è registrata una importante novità: la certificazione Ecolabel EU è stata, infatti, estesa anche ai "Servizi di pulizia di ambienti interni". Per poter certificare il proprio servizio è necessario soddisfare numerosi requisiti, tutti volti a garantire la massima efficacia, nel pieno rispetto dell'ambiente e della salute delle persone. Quali sono questi requisiti e in che misura possono essere applicati in ambito sanitario? A queste domande verrà data risposta in occasione del Convegno ANMDO, durante il workshop dedicato dal titolo "L'Ecolabel dei servizi di pulizia: la nuova certificazione in ambito ambientale". L'appuntamento è per martedì 20 novembre alle ore 10, presso la sala Spazio 35 del Centro Congressi San Gaetano a Padova. Al workshop parteciperà Markas Srl, azienda leader dei servizi di pulizia che, con oltre trent'anni di esperienza in ambito sanitario, da sempre si distingue per la sua particolare attenzione al processo di pulizia. Tra i suoi obiettivi vi è, infatti, la ricerca di soluzioni sostenibili, atte a fornire un eccellente servizio di sanificazione sempre più "green".

www.markas.com




AMUCHINA®



Ampio spettro d'azione

- Battericida
- Fungicida
- Virucida

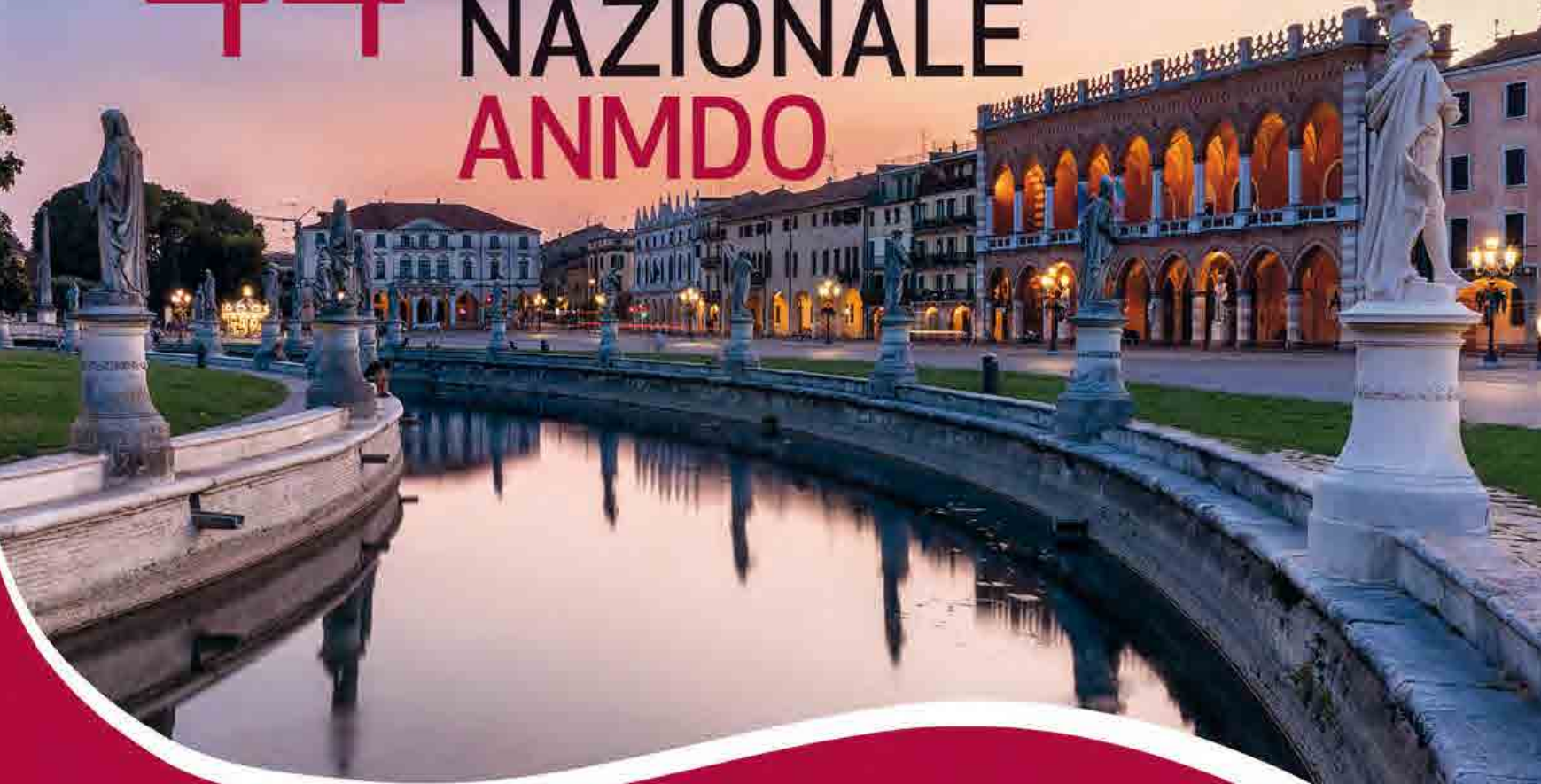
Amuchina Multiuso Disinfettante
1150 ppm

Amuchina Multiuso Disinfettante è un Presidio Medico Chirurgico. Reg. n. 19499.
Leggere attentamente le istruzioni d'uso. Aut. Min. del 16/07/2018

44^o CONGRESSO NAZIONALE ANMDO



ANMDO
Associazione Nazionale dei Medici
delle Direzioni Ospedaliere



Governare l'Ospedale del futuro

L'Innovazione: sfida e opportunità

Padova, 19-20-21 novembre 2018

Centro Culturale Altinate | San Gaetano



ISTITUTO DI
VIGILANZA

SOLUZIONI PER LA SICUREZZA

Con oltre 40 anni d'esperienza, noi di Coopservice offriamo soluzioni avanzate per la sicurezza a tutela dei beni e delle attività dei nostri clienti dai rischi di intrusione, furto, rapina, incendio e guasti agli impianti tecnologici.

Un'elevata qualità dei servizi che nasce dall'integrazione delle più moderne e raffinate tecnologie con la professionalità e l'esperienza delle oltre 2000 guardie giurate dei nostri Istituti di Vigilanza.



vigilanza con presidio, antirapina, antitaccheggio • vigilanza ispettiva, gestione allarmi e pronto intervento • televigilanza, videosorveglianza, telecontrollo impianti tecnologici • trasporto, scorta e custodia valori • sicurezza complementare aeroportuale, portuale, bordo treno

VIGILANZA E SICUREZZA IN TUTTA ITALIA

**COOPSERVICE È PRESENTE CON SEDI OPERATIVE IN 21 PROVINCE
E IN TUTTA ITALIA ATTRAVERSO IL PROPRIO NETWORK**

Reggio Emilia • Parma • Modena • Bologna • Ferrara • Ravenna • Forlì-Cesena • Rimini • Mantova • Genova
La Spezia • Savona • Firenze • Prato • Roma • Latina • Frosinone • Chieti • Sassari • Oristano • Cagliari

10
Centrali
operative



21
Sedi
operative

Sede centrale:

Via Rochdale, 5 - Reggio Emilia
0522.94011

info@coopservice.it
www.coopservice.it