

Ristorazione scolastica ed ospedaliera

Come predisporre i menu

26 marzo 2025

Dott.ssa Sara Diberti
SSD Dietetica e Nutrizione Clinica
AOU San Luigi Gonzaga - Orbassano

PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE

PROGRAMMAZIONE ANNUALE - 2022

13.6 Prevenzione della malnutrizione

Provvedere all'aggiornamento delle istruzioni operative regionale per la ristorazione collettiva (scolastica, ospedaliera ed assistenziale) – azione di competenza di entrambe le componenti (clinica e territoriale).

Organizzazione

COMMISSIONE REGIONALE NUTRIZIONE:
Revisione LLGG ristorazione ospedaliera ed assistenziale

Supervisorì delle attività della Commissione:

Dr. Bartolomeo Griglio (Regione Piemonte)

Dr.ssa Angela Costa (Regione Piemonte)

Dr.ssa Raffaella Ferraris (Regione Piemonte)

Coordinatori tecnici:

Dr. Marcello Caputo (SIAN ASL CN1)

Dr. Andrea Pezzana (ASL CdT)

Dr.ssa Lucia Bioletti (SIAN ASL TO3)

Invito alla manifestazione di volontà



Il gruppo di lavoro

Dalla Costa Cloe	Cossai Simona	Monteferrario Francesca
De Carli Luca	Cuccia Loredana	Morando Giulia
Diberti Sara	Cum Daniela	Passera Silvia
Lenta Elena	Da Pont Maria Cristina	Pavarin Camilla
Bachini Ilaria	De Benedittis Beatrice	Pazzaglia Adriana
Barbato Chiara	De Valle Pietro Luigi	Petrachi Novella
Bianchi Stefania	Depau Simone	Prandi Vanessa
Bo Caterina	Farinelli Deborah	Rapalino Simona
Boglio Elide	Leone Filomena	Rolfo Daniela
Bonfanti Daria	Lezo Antonela	Strona Elisa
Brugnani Mauro	Mancino Vittoria	Tiozzo Elisa
Cammarata Isabella	Manghisi Larissa	Vigna Daniela
Capizzi Irene	Marzano Dolores	Zanardi Michela
Cavanna Sara	Mazzetto Elisa	

- ✓ 41 Operatori (Medici specialisti e Dietisti)
- ✓ Professionisti ospedalieri e del SIAN
- ✓ Rappresentate tutte le province della Regione Piemonte



PROPOSTE OPERATIVE PER LA RISTORAZIONE OSPEDALIERA E ASSISTENZIALE DELLA REGIONE PIEMONTE

Gruppi di Lavoro:

- Daniela AGAGLIATI (Dietista SIAN ASL Città di Torino)
- Ilaria BACHINI (Dietista SS Dietetica e Nutrizione Clinica A.O. Ordine Mauriziano Torino)
- Chiara BARBATO (Dietista SS Dietologia Clinica ASL VC)
- Stefania BIANCHI (Responsabile SSD Dietetica e Nutrizione Clinica ASL AT)
- Caterina BO (Dietista SSD Dietetica e Nutrizione Clinica ASL AT)
- Elide BOGLIO (Dietista SC. Diabetologia territoriale ASLCN1)
- Daria BONFANTI (Dirigente medico SC Scienza dell'Alimentazione e Dietetica AOU "Maggiore della Carità" Novara)
- Mauro BRUGNANI (Responsabile SSD Dietologia e Nutrizione Clinica ASL VCO)
- Isabella CAMMARATA (Dietista SS Dietetica e Nutrizione Clinica A.O. Ordine Mauriziano Torino)
- Irene CAPIZZI (Dietista SSD Dietetica e Nutrizione Clinica AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano)
- Sara CAVANNA (Dietista SS Dietologia e Nutrizione Clinica AOU Alessandria)
- Simona COSSAI (Dietista, SC Dietetica e Nutrizione Clinica AOU "Città della Salute e della Scienza" Torino)
- Loredana CUCCIA (Dietista SC Diabetologia ASL TO5)
- Daniela CUM (Dietista SIAN ASL BI)
- Maria Cristina DA PONT (Direttore ff SC Dietetica e Nutrizione Clinica AO "Santa Croce e Carle" Cuneo)
- Beatrice DE BENEDETTIS (Dirigente Medico SSD Dietetica Nutrizione Clinica ASL TO4)
- Simone DEPAU (Dietista SIAN ASL TO4)
- Pietro Luigi DEVALLE (Dirigente medico SIAN ASL CN1)
- Deborah FARINELLI (Dietista SC Scienza dell'Alimentazione e Dietetica AOU "Maggiore della Carità" Novara)
- Patrizia GROSSI (Dirigente medico SIAN ASL NO)
- Filomena LEONE (Dietista SS Dietetica e Nutrizione Clinica, Presidio OIRM- Sant'Anna, Città della Salute e della Scienza, Torino)
- Antonella LEZO (Responsabile SS Dietetica e Nutrizione Clinica, Presidio OIRM- Sant'Anna, Città della Salute e della Scienza, Torino)
- Debora LO BARTOLO (Dietista SIAN ASL TO3)
- Maria Vittoria MANCINO (Dietista Coordinatore SC Dietetica e Nutrizione Clinica AOU "Città della Salute e della Scienza" Torino)
- Larissa Stefania MANGHISI (Dietista SC Nutrizione Clinica, ASL Città di Torino)
- Dolores MARZANO (Dietista SC Diabetologia ASL TO5) - Elisa MAZZETTO (Dietista SSD Dietetica Nutrizione Clinica ASL TO4)
- Francesca MONTEFERRARIO (Dirigente Medico Dietologia Clinica ASL BI)
- Giulia MORANDO (Dirigente Medico, SSD Dietetica e Nutrizione Clinica ASL AT)
- Silvia PASSERA (Dietista SC Scienza dell'Alimentazione e Dietetica AOU "Maggiore della Carità" Novara)
- Camilla PAVARIN (Dietista SC Dietetica e Nutrizione Clinica AO "Santa Croce e Carle" Cuneo)
- Adriana PAZZAGLIA (Dietista SC Dietetica e Nutrizione Clinica AO "Santa Croce e Carle" Cuneo)
- Maria Novella PETRACHI (Dietista SC Nutrizione Clinica, ASL Città di Torino)
- Vanessa PRANDI (Dirigente Medico SS Dietetica e Nutrizione Clinica A.O. Ordine Mauriziano Torino)
- Paola RAPALINO (Dietista SIAN ASL CN1)
- Daniela ROLFO (Dietista SSD Dietetica Nutrizione Clinica ASL TO4)
- Marina SPANU (Dietista SIAN ASL Città di Torino)
- Elisa STRONA (Dietista SS Dietetica e Nutrizione Clinica, Presidio OIRM- Sant'Anna, Città della Salute e della Scienza, Torino)
- Elisa TIOZZO (Dirigente medico SSD Dietetica e Nutrizione Clinica AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano)
- Cristian VALLE (Dietista SIAN ASL AT)
- Daniela VIGNA (Dietista SSD Dietetica e Nutrizione Clinica ASL AT)
- Michela ZANARDI (Dirigente medico SC Nutrizione Clinica, ASL Città di Torino)

Coordinamento Commissione:

- Cloè DALLA COSTA - Direttore SC Nutrizione Clinica e Disturbi del Comportamento Alimentare ASL CN2
- Lucia BIOLETTI - Dietista ASL TO3
- Andrea PEZZANA - Direttore SC Nutrizione Clinica ASL Città di Torino
- Marcello CAPUTO - Direttore SIAN ASL CN1
- Angela COSTA - Direzione Sanità - Settore Prevenzione, Sanità Pubblica, Veterinaria e Sicurezza Alimentare

Coordinamento gruppo di lavoro:

- Luca DE CARLI (Dirigente medico SC Nutrizione Clinica, ASL Città di Torino)
- Sara DIBERTI (Dietista SSD Dietetica e Nutrizione Clinica AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano)
- Elena LENTA (Dietista Coordinatore SC Nutrizione Clinica e Disturbi del Comportamento Alimentare ASL CN2)

Il punto di partenza



**REGIONE
PIEMONTE**

Assessorato alla Tutela
della salute e Sanità
Direzione Sanità Pubblica

**Proposte
operative per la
ristorazione
ospedaliera**

**REGIONE
PIEMONTE**

Assessorato alla Tutela
della salute e Sanità
Direzione Sanità Pubblica

**Proposte
operative per la
ristorazione
assistenziale**



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO PER LA SANITA' PUBBLICA VETERINARIA, LA NUTRIZIONE E
LA SICUREZZA DEGLI ALIMENTI
DIREZIONE GENERALE DELLA SICUREZZA DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE

**LINEE DI INDIRIZZO
NAZIONALE PER LA
RISTORAZIONE OSPEDALIERA E
ASSISTENZIALE**



2011



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE PER L'IGIENE E LA SICUREZZA DEGLI ALIMENTI E LA NUTRIZIONE

**LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALE
PER LA RISTORAZIONE
OSPEDALIERA PEDIATRICA**

2014



Linea guida ESPEN

LA NUTRIZIONE OSPEDALIERA



Ronan Thibault, Osman Abbasoglu, Elina Ioannou, Laila Meija,
Karen Ottens-Oussoren, Claude Pichard, Elisabet Rothenberg,
Diana Rubin, Ulla Siljamaki-Ojansuu, Marie-France Vaillant,
Stephan C. Bischoff, Ersilia Troiano, Lidia Santarpia



Ministero della Salute

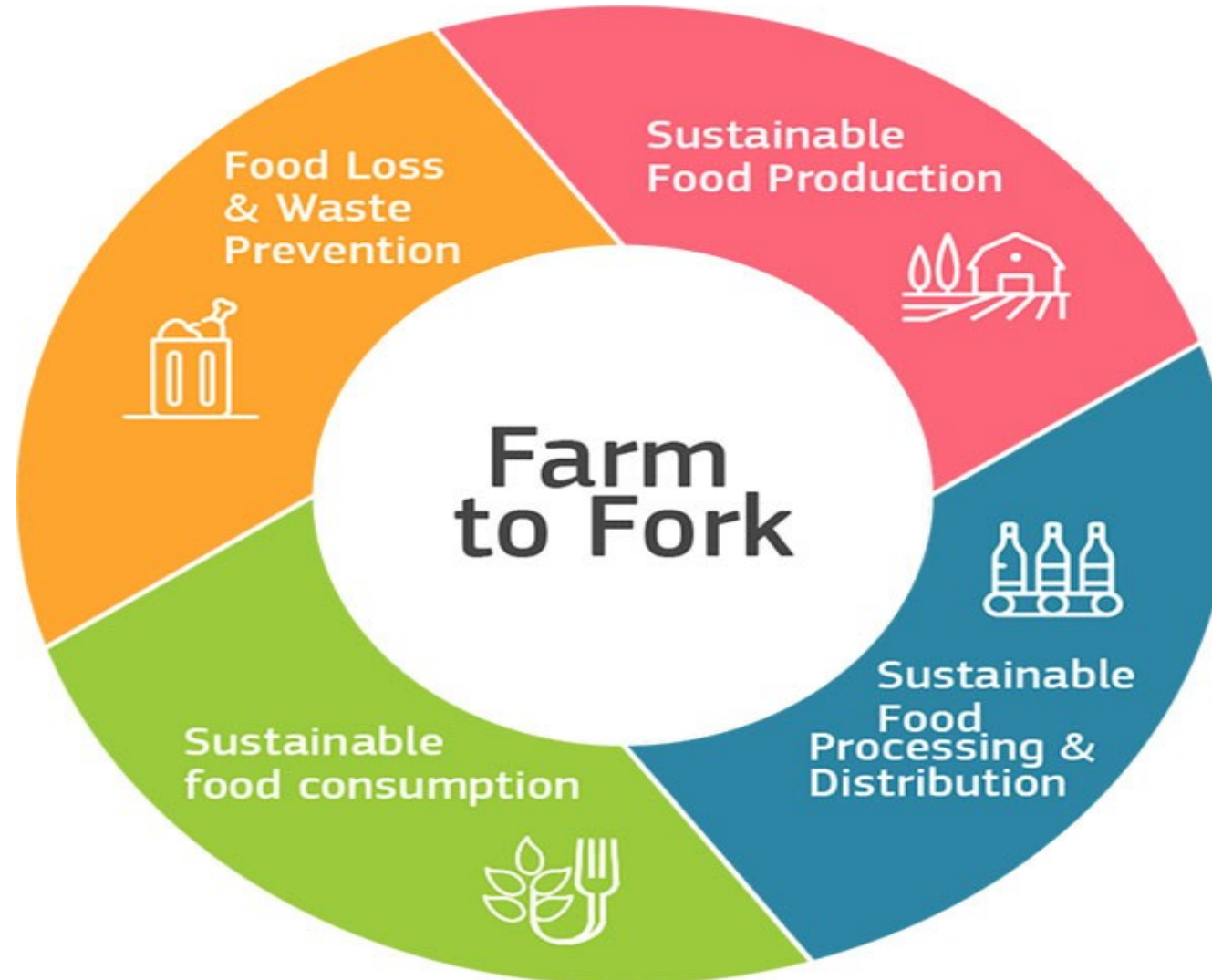
Direzione generale per l'igiene e la sicurezza degli alimenti e la nutrizione
UFFICIO 5

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALE PER LA RISTORAZIONE OSPEDALIERA, ASSISTENZIALE E SCOLASTICA

2021

Farm to Fork strategy

for a fair, healthy and environmentally-friendly food system





Green public procurement (GPP)

In Europa, le amministrazioni operano nel quadro della strategia Farm to Fork e del Green Public Procurement, che le orienta all'acquisto di prodotti e servizi meno impattanti. In Italia queste direttive sono state recepite attraverso una norma che introduce i Criteri ambientali minimi (Cam).

SERIE GENERALE

*Spediz. abb. post. - art. 1, comma 1
Legge 27-02-2004, n. 46 - Filiale di Roma*

Anno 161° - Numero 90

GAZZETTA UFFICIALE
DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA **Roma - Sabato, 4 aprile 2020** SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA, 70 - 00186 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - VIA SALARIA, 691 - 00138 ROMA - CENTRALINO 06-85081 - LIBRERIA DELLO STATO
PIAZZA G. VERDI, 1 - 00198 ROMA

SOMMARIO

LEGGI ED ALTRI ATTI NORMATIVI

LEGGE 2 aprile 2020, n. 21.

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 5 febbraio 2020, n. 3, recante misure urgenti per la riduzione della pressione fiscale sul lavoro dipendente. (20G00038).....

Pag. 1

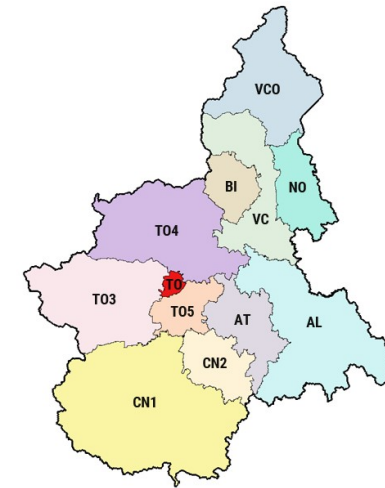
DECRETO 10 marzo 2020.

Criteri ambientali minimi per il servizio di ristorazione collettiva e fornitura di derrate alimentari. (20A01905)

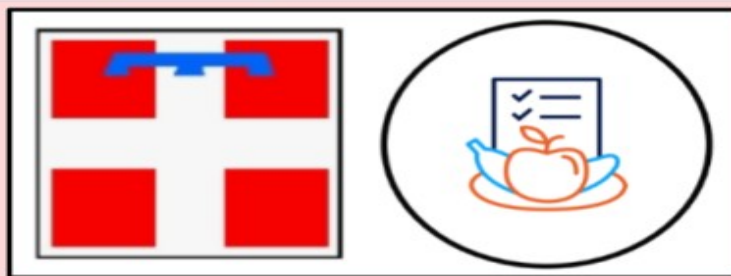
Pag. 17

Ministero dell'istruzione,
dell'università e della ricerca

DATI REGIONE PIEMONTE



Indagine sulla ristorazione ospedaliera: stato dell'arte in Regione Piemonte sondaggio maggio 2022



Indagine conoscitiva sulla ristorazione nelle strutture ospedaliere pubbliche regionali

La Regione Piemonte, Assessorato alla Sanità, Direzione Sanità e Welfare – Settore Prevenzione, sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare - ha recentemente costituito un apposito gruppo di lavoro multidisciplinare a cui è stato affidato il compito di revisione e aggiornamento delle Proposte operative per la ristorazione collettiva (scuola, strutture riabilitative e assistenziali per anziani, ospedali) elaborate nel 2007. Tale attività, rientra tra gli obiettivi previsti dal nuovo Piano Regionale della Prevenzione PRP 2020-2025 – PL13 Alimenti e Salute.

Con riferimento particolare alla ristorazione ospedaliera, e al fine definire il contesto nell'ambito del quale dovranno trovare applicazioni le nuove direttive regionali, si è pensato di elaborare, e somministrare alle Direzioni sanitari delle ASL e ASO piemontesi, la presente indagine, per acquisire - presso ciascun Presidio - le informazioni relative alle modalità di gestione ed erogazione, del servizio di ristorazione nelle mense ospedaliere.

Bartolomeo Griglio.

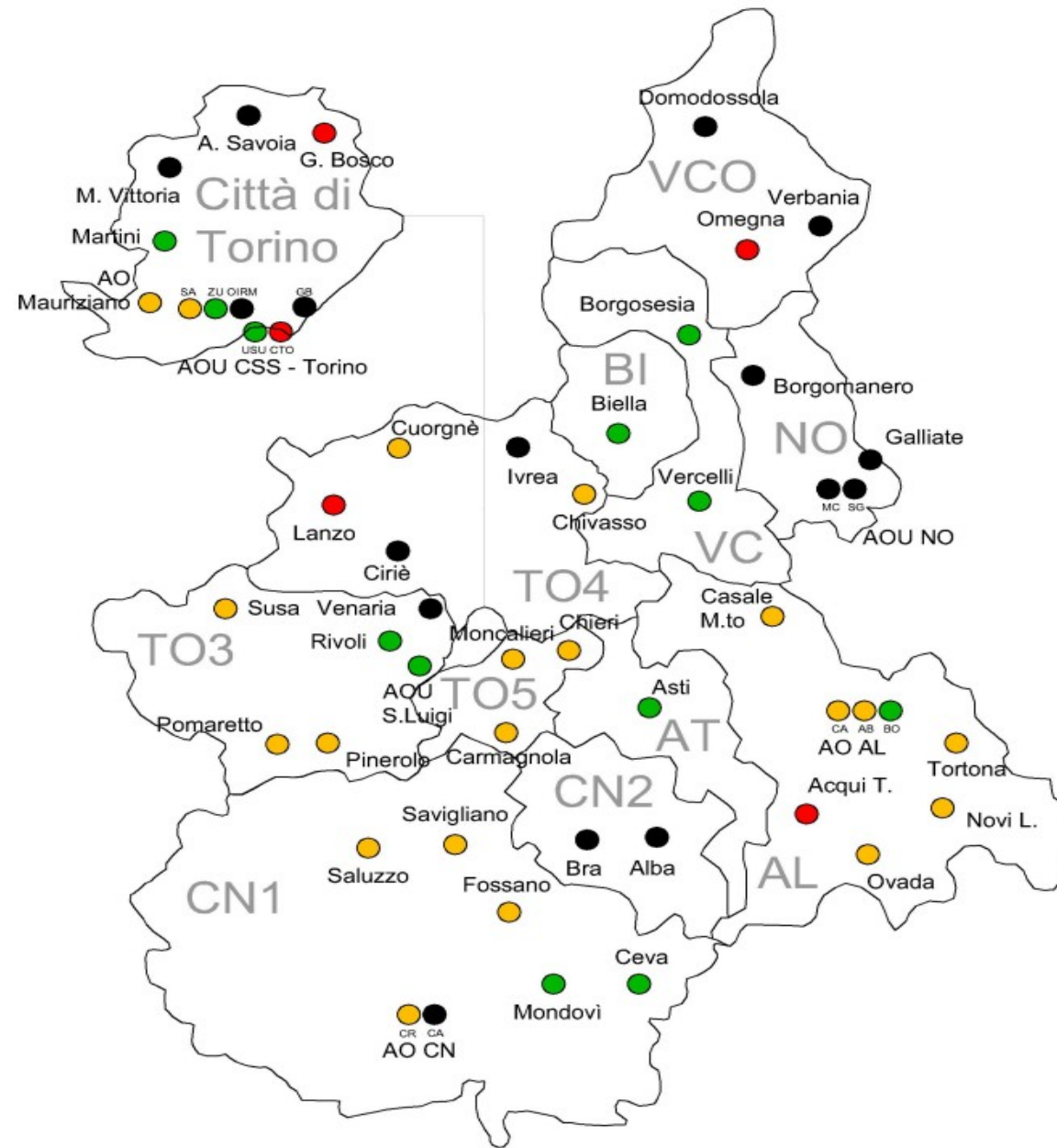
Indagine sulla ristorazione ospedaliera:
stato dell'arte in Regione Piemonte
sondaggio maggio 2022

Risposte: **40 presidi**

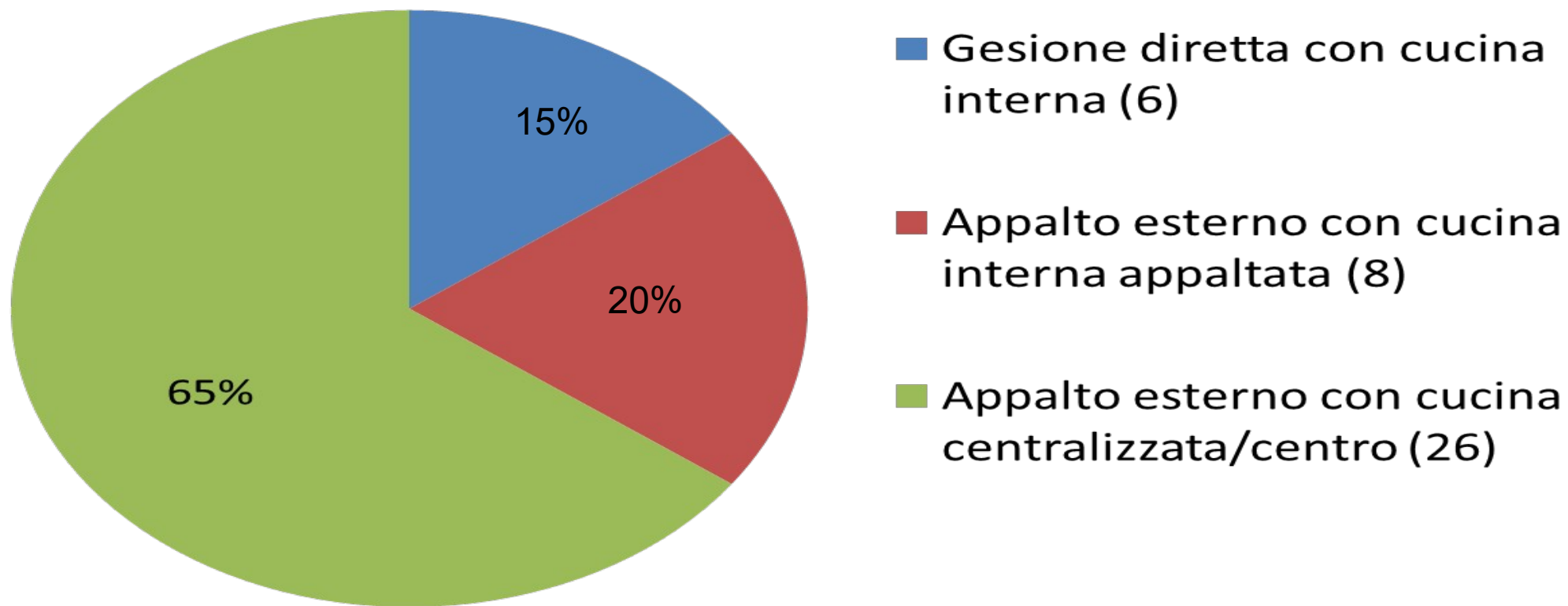
Posti letto complessivi: **9611**

Pasti distribuiti quotidianamente: **20577**





Il servizio di ristorazione ospedaliero è gestito mediante:



La precedente indagine del 2003:
- Gestione diretta 40%
- Appalto esterno 60%

3.1 Tipologia e gestione della cucina



1. Cucina in loco gestita internamente: la gestione del servizio è affidata a personale dipendente dell'azienda sanitaria o struttura assistenziale in cui vengono somministrati i pasti. La sede di ricezione delle materie prime, stoccaggio e preparazione dei pasti è ubicata all'interno della stessa struttura.

Vantaggi:

- rapido passaggio del cibo dal luogo di produzione al luogo di somministrazione, con ridotta possibilità di sviluppo microbico e miglior conservazione delle caratteristiche organolettiche;
- distribuzione del pasto nelle vicinanze della cucina con possibilità di feedback immediato sul gradimento e su eventuali disservizi, con possibilità di correzione;
- maggiore scambio di informazioni, minore "disumanizzazione" del ciclo produttivo;
- possibilità più agevole di manovre/decisioni gestionali in caso di necessità di cambiamenti;
- possibilità di maggiore formazione/aggiornamento del personale di cucina;
- maggior senso di coinvolgimento del personale di cucina.

2. Cucina in loco gestita tramite appalto esterno: la gestione del servizio e del personale è affidata ad un'azienda di ristorazione in appalto esterno. La sede di ricezione delle materie prime, stoccaggio e preparazione dei pasti è ubicata all'interno della struttura in cui questi vengono somministrati.

Vantaggi:

- rapido passaggio del cibo dal luogo di produzione al luogo di somministrazione, con ridotta possibilità di sviluppo microbico e miglior conservazione delle caratteristiche organolettiche;
- possibile riduzione dei costi grazie all'utilizzo di economie "di scala" che consentono maggiori investimenti economici (sia nei macchinari sia nella tipologia degli alimenti).

Svantaggi:

- maggiori vincoli legati al capitolato di appalto, con scarsa possibilità di manovre e cambiamenti durante la durata del contratto;
- rischio di collaborazione più difficoltosa tra struttura e ditta di ristorazione;
- rischio di elevato turn-over dei dipendenti.

Svantaggi:

- possibile aumento 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;
- possibile aumento dei costi rispetto ad economie "di scala" che consentono maggiori investimenti economici (sia nei macchinari sia nella tipologia degli alimenti).

3. 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. I pasti vengono preparati in centri di cottura, confezionati e trasportati nei punti di distribuzione dove avviene la somministrazione.

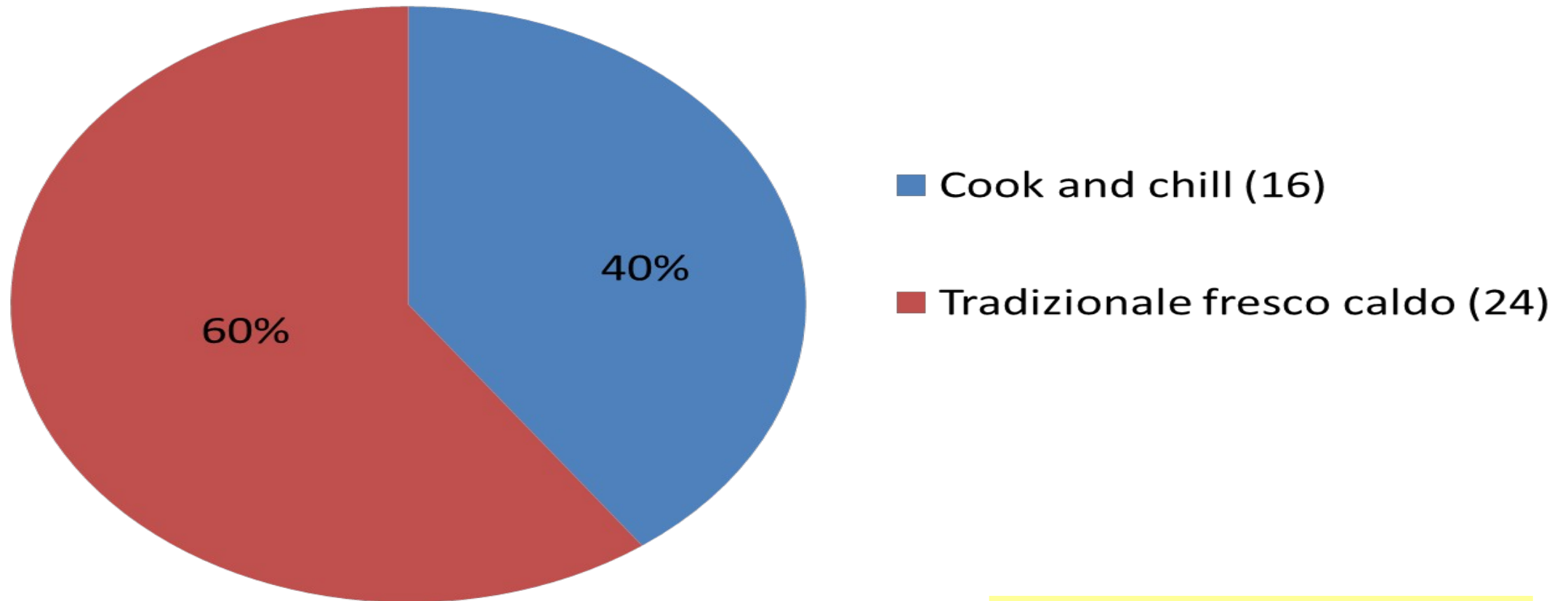
Vantaggi:

- ottimizzazione dell'impiego del personale, abbattimento dei costi;
- possibilità di fornire un servizio anche a strutture decentrate che non potrebbero permettersi una cucina;
- maggior possibilità di investimenti in strutture, tecnologie ed impianti moderni ed efficienti.

Svantaggi:

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

Qual è l'organizzazione del processo di produzione e confezionamento dei pasti?



La precedente indagine del 2003:
- Legame caldo 100%

3.2 Legami produttivi utilizzati nella ristorazione collettiva

Pasto a legame fresco caldo (cook&hold&serve): letteralmente “cucinare, mantenere e servire”, pasto che dopo la sua produzione (a caldo o a freddo, in funzione della ricetta) è mantenuto nello spazio e nel tempo nelle condizioni termiche determinate in fase di produzione e somministrato senza che siano previsti ulteriori trattamenti termici. Gli alimenti vengono cotti dalla cucina (in loco o centralizzata), confezionati in contenitori per alimenti in mono o multiporzione e trasportati ai reparti con carrello riscaldato o refrigerato.

Vantaggi:

- praticità, rapidità;
- controllo diretto del processo nella cucina in loco e possibilità di interventi correttivi;
- minori vincoli gastronomici nella scelta delle preparazioni;
- percezione da parte dell’utenza di maggiore qualità sensoriale del prodotto offerto;
- minore impatto ambientale (logistica semplificata, sistema meno energivoro).

Svantaggi:

- necessità di maggiore personale di cucina per la produzione ripetuta (colazione, pranzo, cena) dei pasti;
- richiesta di un monitoraggio continuo con controlli accurati della temperatura;
- il tempo intercorrente tra preparazione e somministrazione non deve superare le 2 ore se il cibo è conservato in isoterma per evitare la possibilità che si possa verificare una proliferazione batterica incontrollata o uno scadimento delle qualità organolettiche degli alimenti.



Pasto a legame refrigerato (cook&chill): letteralmente “cucinare e raffreddare”, il cibo preparato in maniera convenzionale viene sottoposto a raffreddamento rapido, con abbattitore, fino a 10 °C al cuore del prodotto, entro 90 minuti circa. Dopo un eventuale porzionamento (in locali a temperatura modificata di 12°C) viene stoccato e conservato sopra il punto di congelamento tra 0 °C e 3 °C. Il prodotto può essere conservato per un massimo di 3-5 giorni (compreso il giorno della preparazione/abbattimento). Viene quindi trasportato mediante automezzi refrigerati, a non più di 4 °C, sul luogo del consumo. Qui, immediatamente prima del consumo, i cibi da consumare caldi vengono portati ad una temperatura di almeno 70 °C (con rigenerazione a vapore, irradiazione, conduzione, induzione o microonde) e serviti. I cibi da consumare freddi vengono mantenuti ad una temperatura non superiore ai 10 °C. Solitamente si utilizza uno specifico carrello refrigerante/riscaldante, che prima mantiene una temperatura di 3 °C e poi porta l’alimento a 73 °C circa.

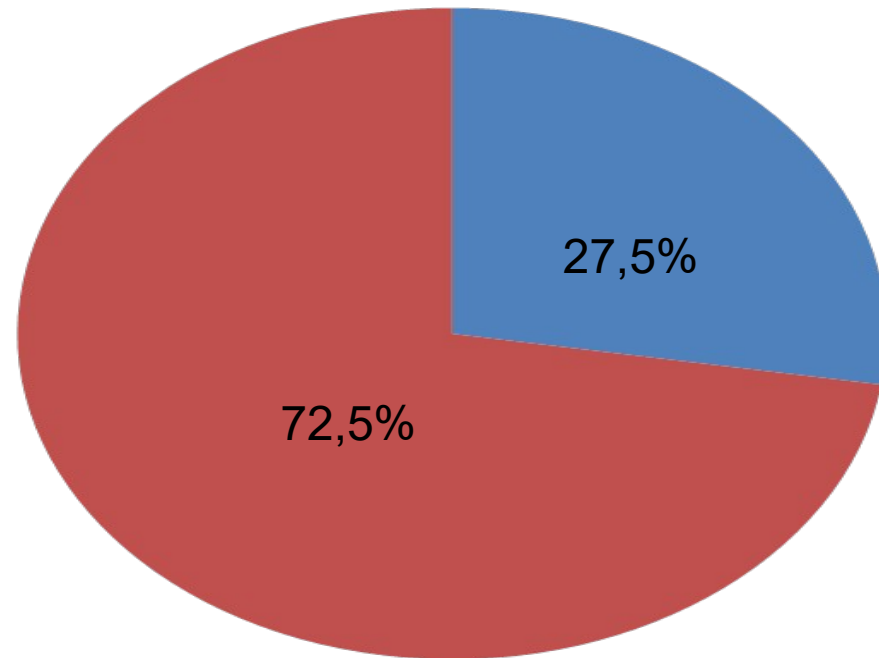
Vantaggi:

- salubrità del prodotto: il rapido abbattimento di temperatura riduce al minimo la proliferazione batterica;
- rispetto al freddo “surgelato” migliore qualità organolettica;
- 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 e razionalizzazione del lavoro e ottimizzazione dell’uso delle attrezzature.

Svantaggi:

- costi piuttosto elevati sulla strumentazione, sui carrelli e sul trasporto;
- impatto ambientale (metodologia produzione del pasto energivora, trasporto dei pasti con automezzi);
- tecniche gestibili da personale opportunamente preparato;
- non tutte le preparazioni si prestano ad essere sottoposte a processo di riattivazione;
- non possibilità di modificare la preparazione nella cucina terminale;
- difficoltà del mantenimento della qualità sensoriale di alcune preparazioni (pasta, cibi asciutti).

La distribuzione dei pasti ai Reparti è organizzata con:



■ Carrelli multiporzione (11)

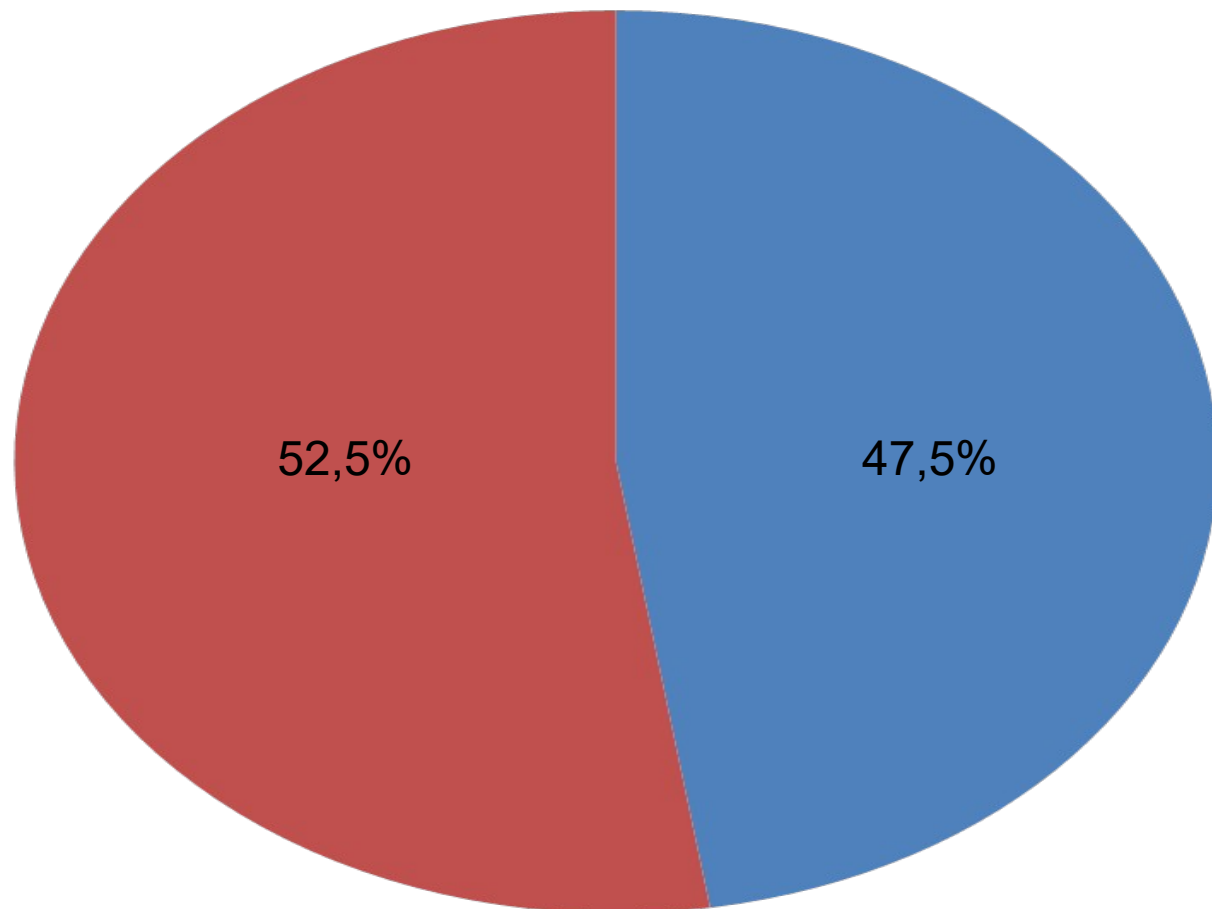
■ Vassoi personalizzati (29)



La precedente indagine del 2003:

- Carrelli mutiporzione 65%
- Vassoio personalizzato 35%

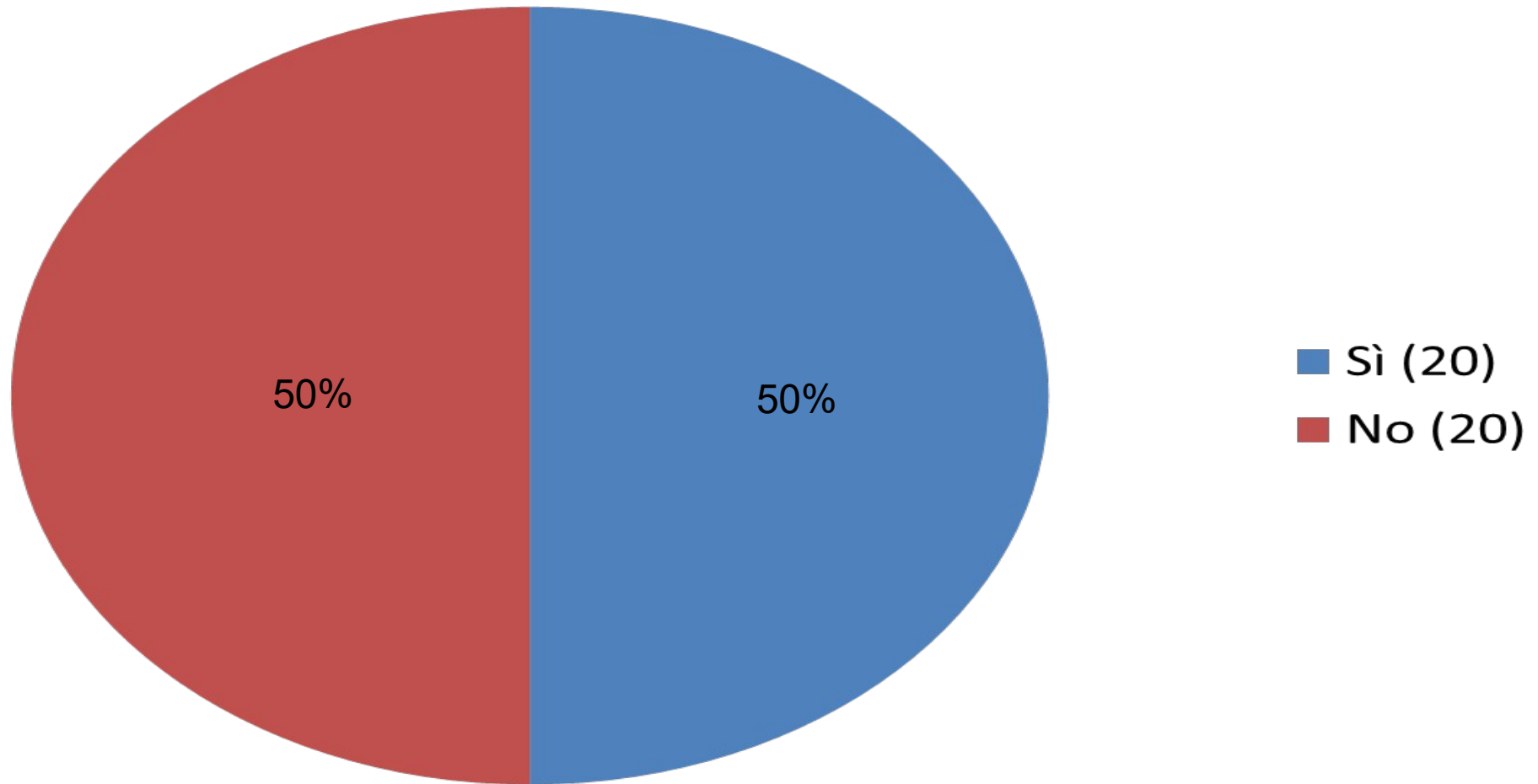
Gli accessori al pasto (posate, bicchieri,...) che vengono distribuiti sono:



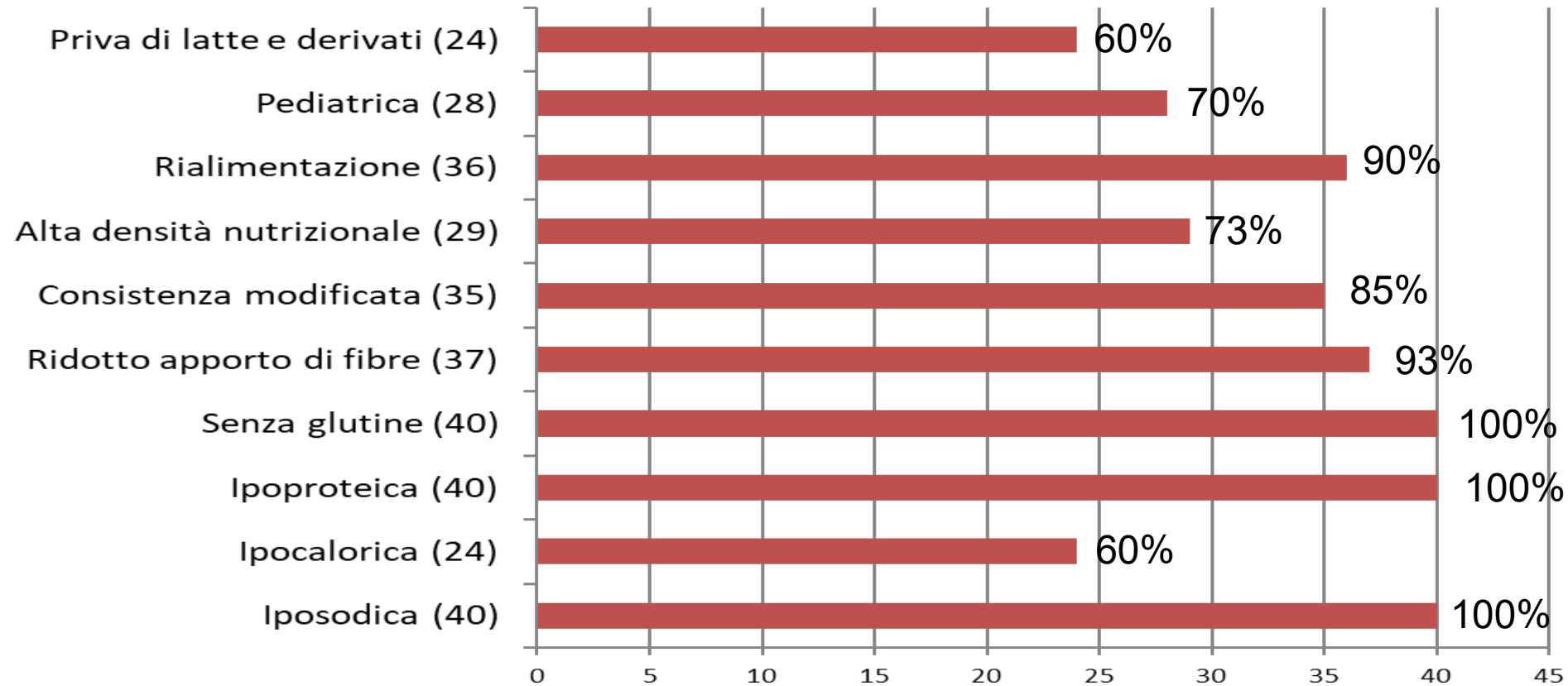
- Monouso (19)
- Riutilizzabili (21)



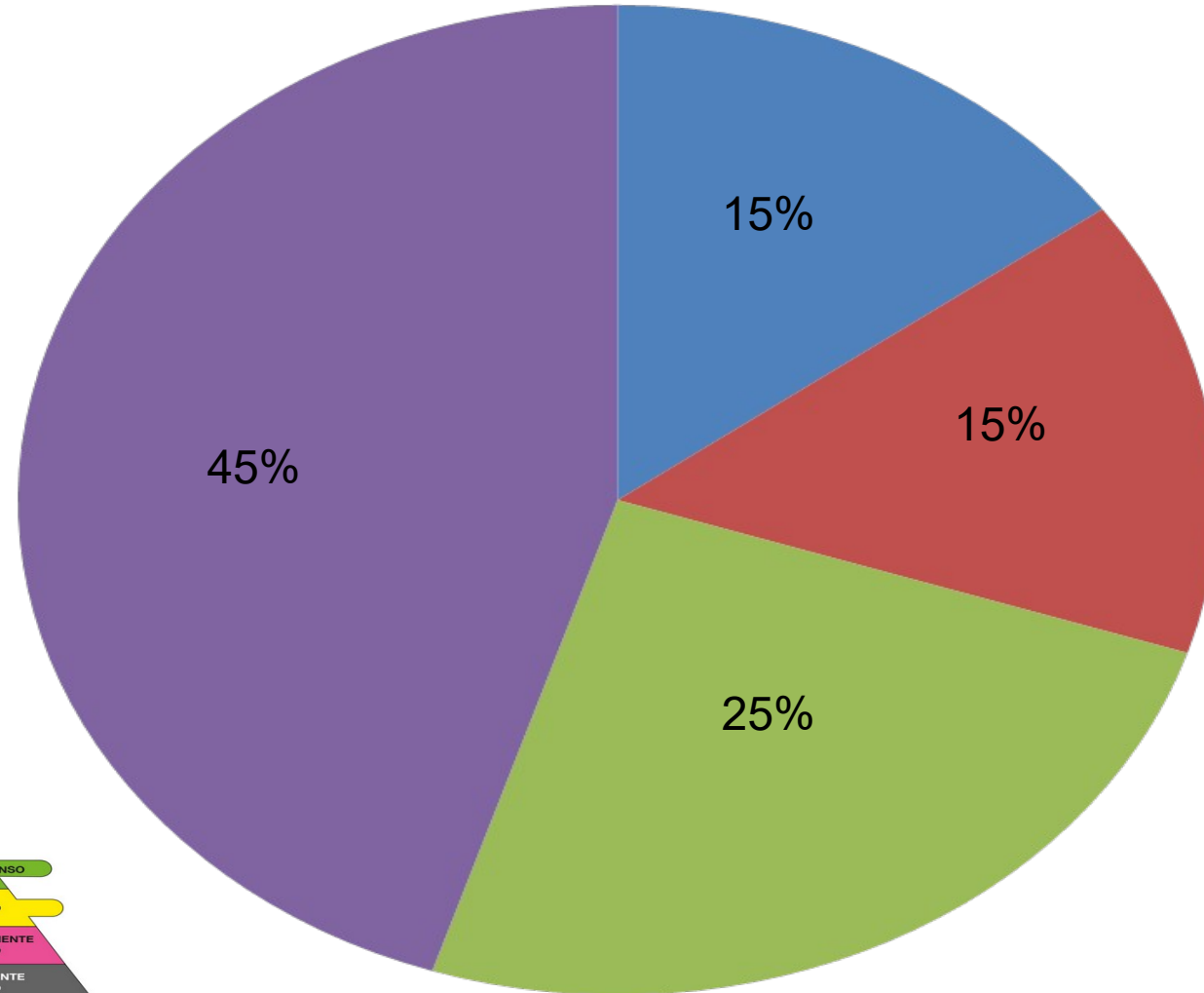
La giornata alimentare prevede anche la fornitura quotidiana di una merenda?



Oltre al Vitto Comune quali diete standardizzate sono presenti nel dietetico?



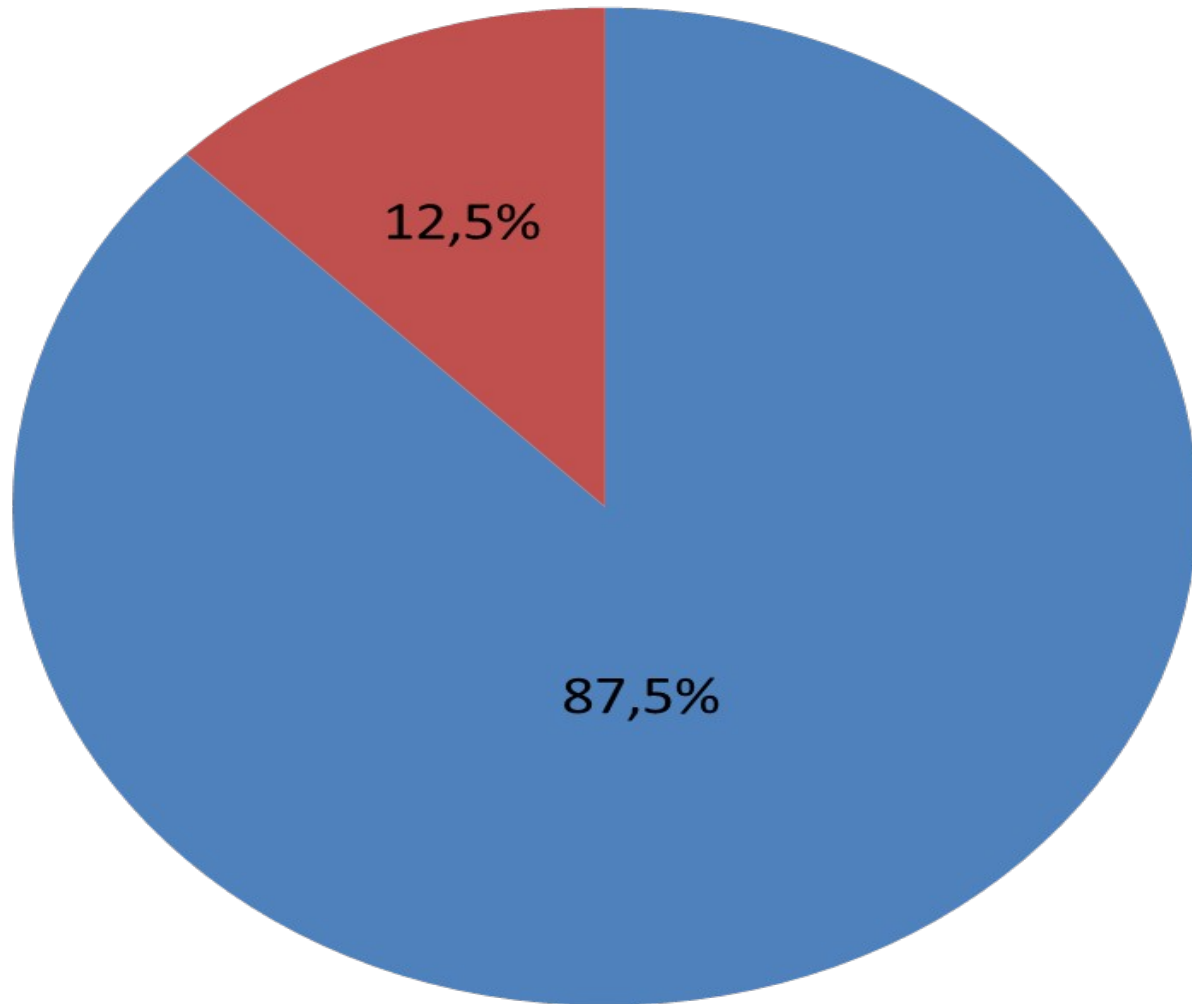
Se hai risposto Dieta di consistenza modificata, specificare quante tipologie sono previste:



- 0 (6)
- 1 (6)
- 2 (10)
- 3 (18)



Di quali diete è disponibile la composizione bromatologica (proteine, lipidi, carboidrati, calorie)?

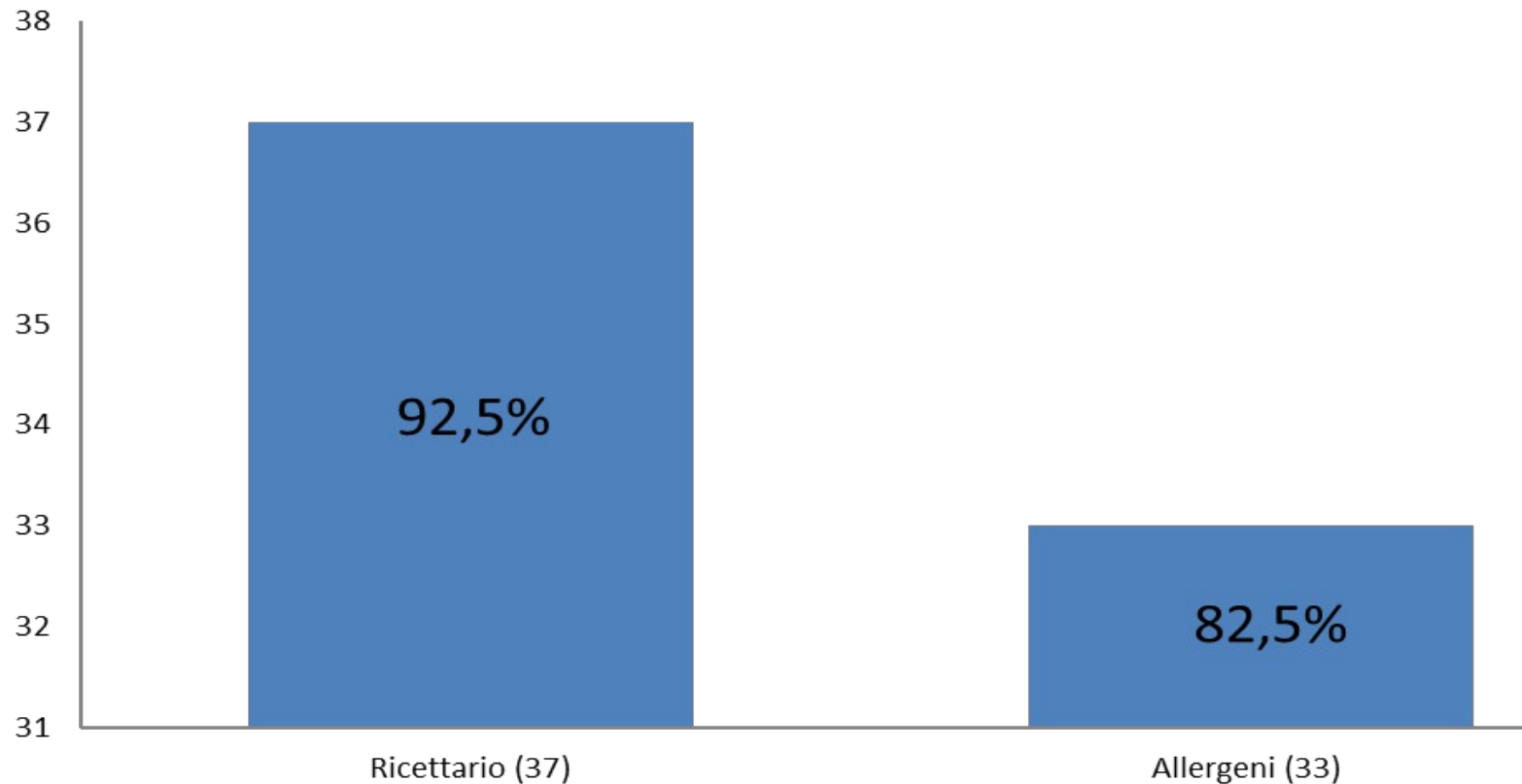


■ Vitto comune (35)















■ Nessun bromatologico (5)



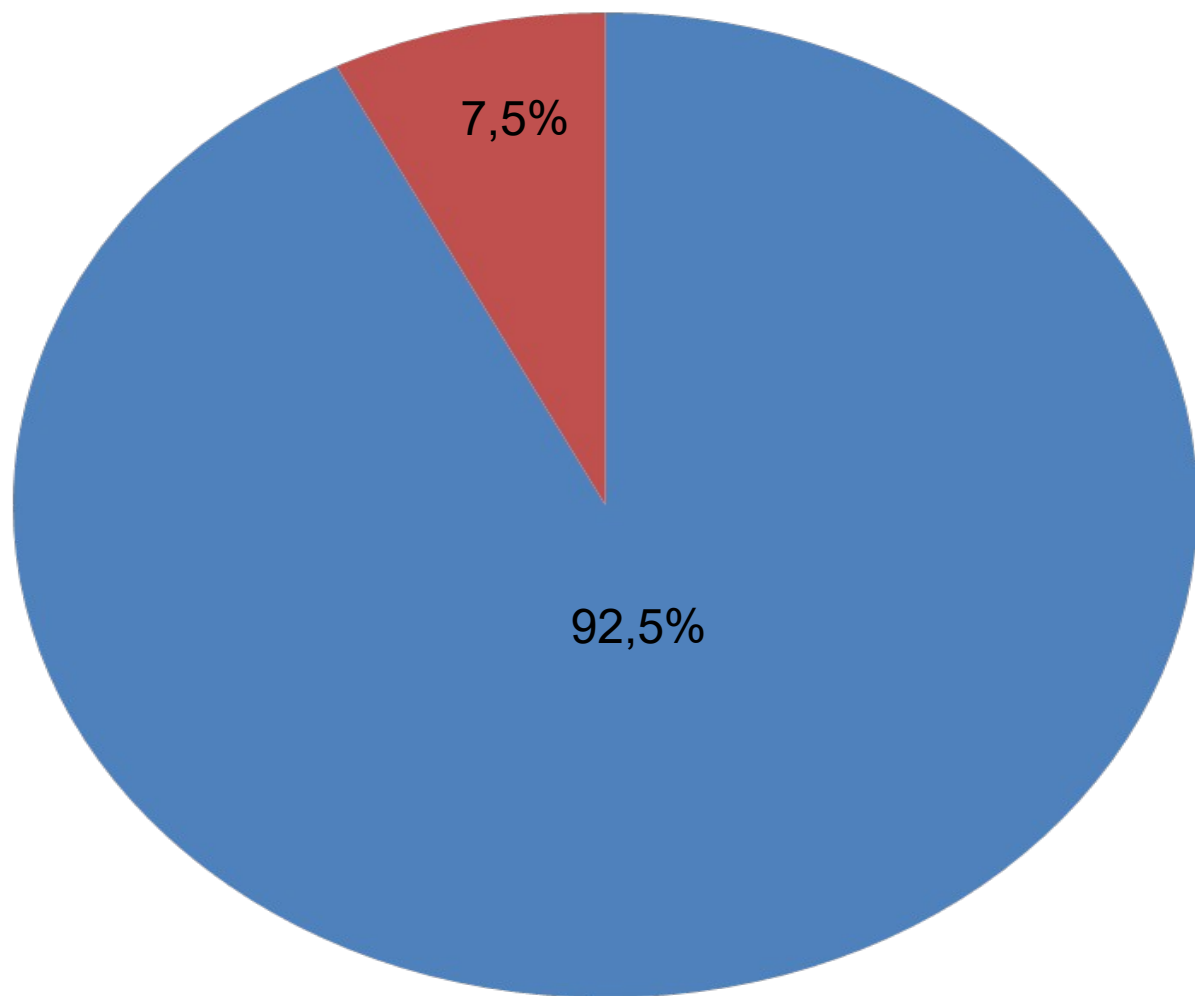
E' disponibile un ricettario delle preparazioni presenti in menù?



ELENCO ALLERGENI (Reg.1169/2011)

	CEREALI CONTENENTI GLUTINE (cioè grano, segale, orzo, avena, farro, kamut o i loro ceppi ibridati) e prodotti derivati
	CROSTACEI e prodotti derivati
	UOVA e prodotti derivati.
	PESCE e prodotti derivati, tranne: gelatina o colla di pesce utilizzata come chiarificante nella birra e nel vino
	ARACHIDI e prodotti derivati.
	SOIA e prodotti derivati
	LATTE e prodotti derivati, incluso lattosio
	FRUTTA A GUSCIO , cioè mandorle (<i>Amygdalus communis</i> L.), noccioline (<i>Corylus avellana</i>), noci comuni (<i>Juglans regia</i>), noci di anacardi (<i>Anacardium occidentale</i>), noci di pecan (<i>Carya illinoensis</i> (Wangenh) K. Koch), noci del Brasile (<i>Bertholletia excelsa</i>), pistacchi (<i>Pistacia vera</i>), noci del Queensland (<i>Macadamia ternifolia</i>) e prodotti derivati
	SEDANO e prodotti derivati
	SENAPE e prodotti derivati
	Semi di SESAMO e prodotti derivati
	ANIDRIDE SOLFOROSA E SOLFITI in concentrazioni superiori a 10 mg/Kg o 10 mg/l espressi come SO ₂ .
	LUPINI e prodotti derivati
	MOLLUSCHI e prodotti derivati

Vengono effettuati controlli periodici sulla qualità del Servizio di ristorazione?

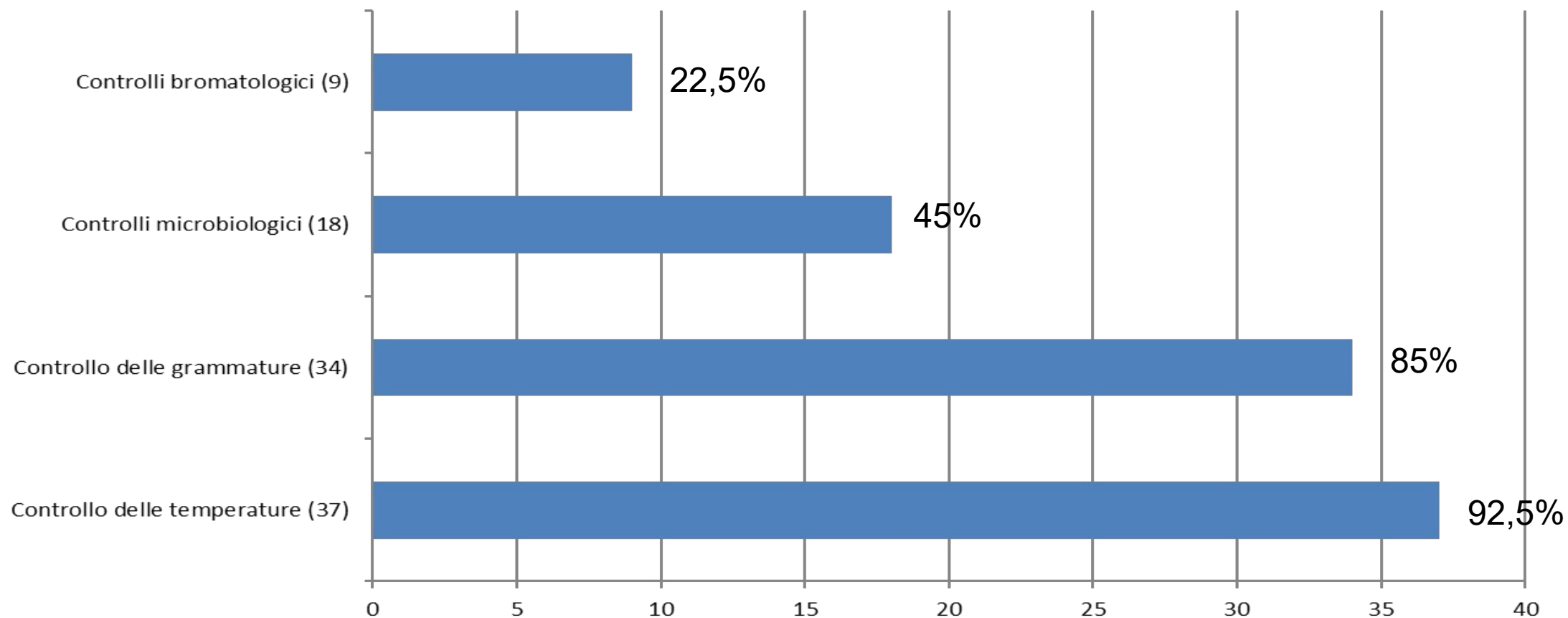


■ Sì (37)

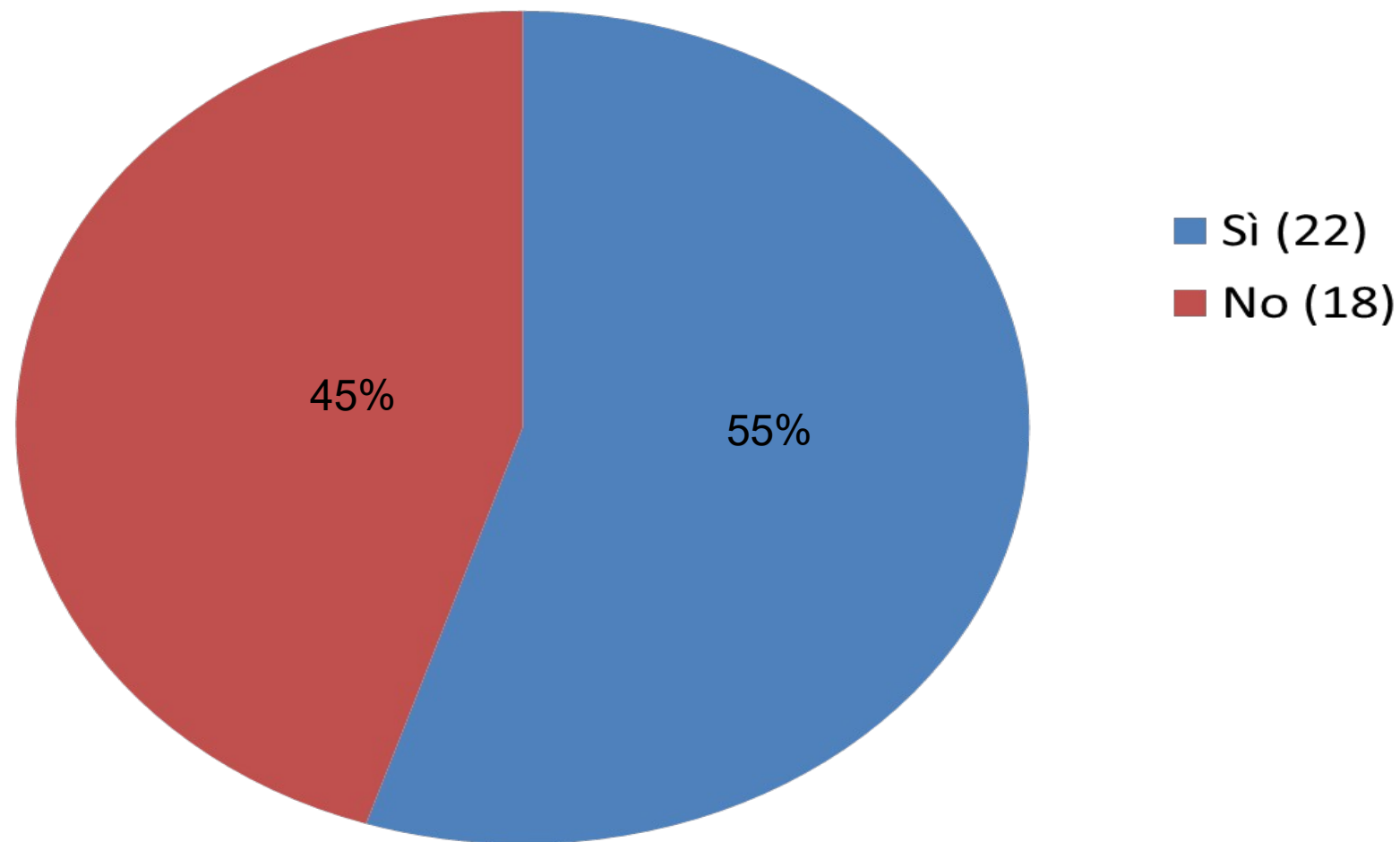
■ No (3)



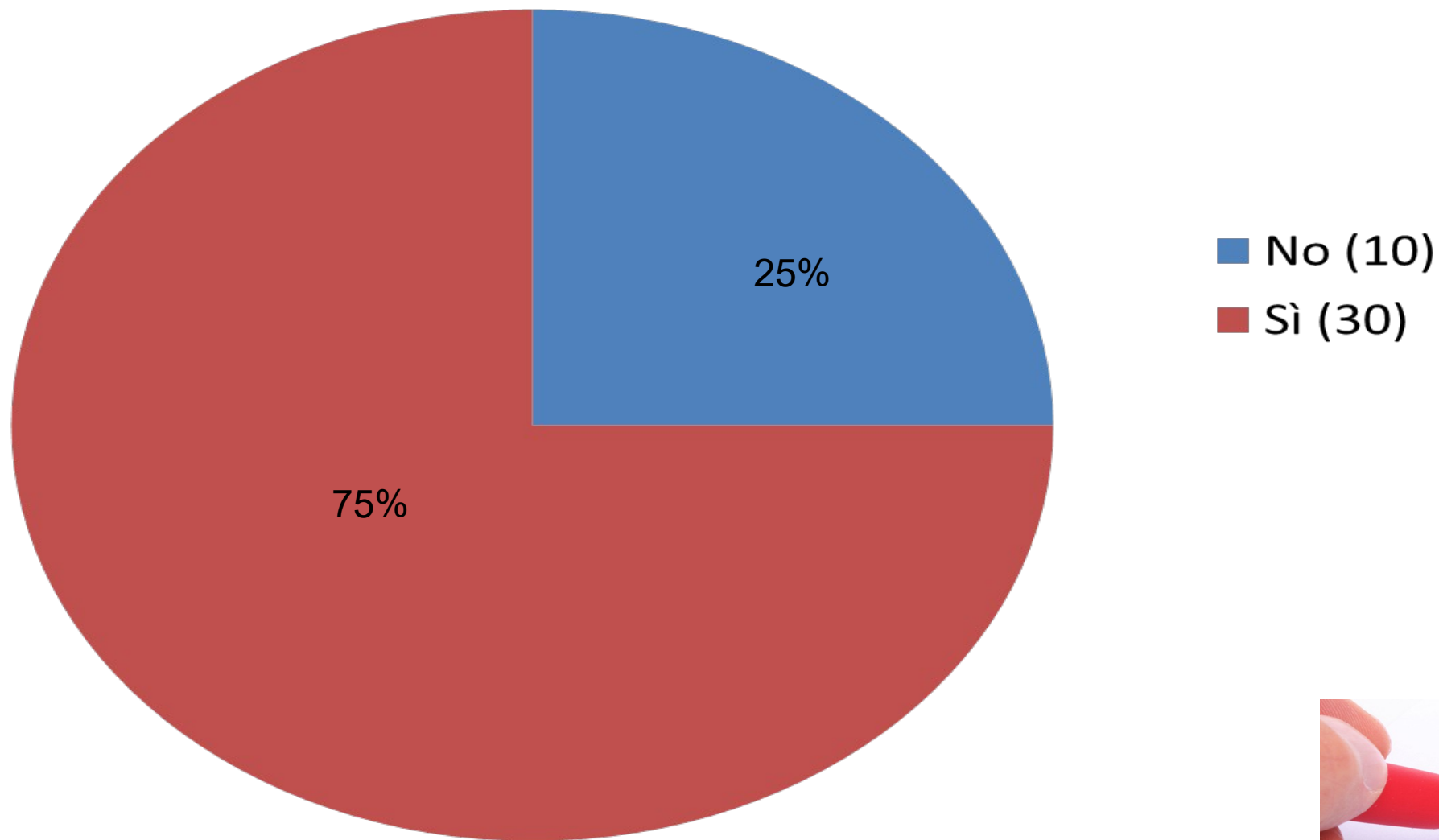
Se Sì, quali sono i controlli effettuati?



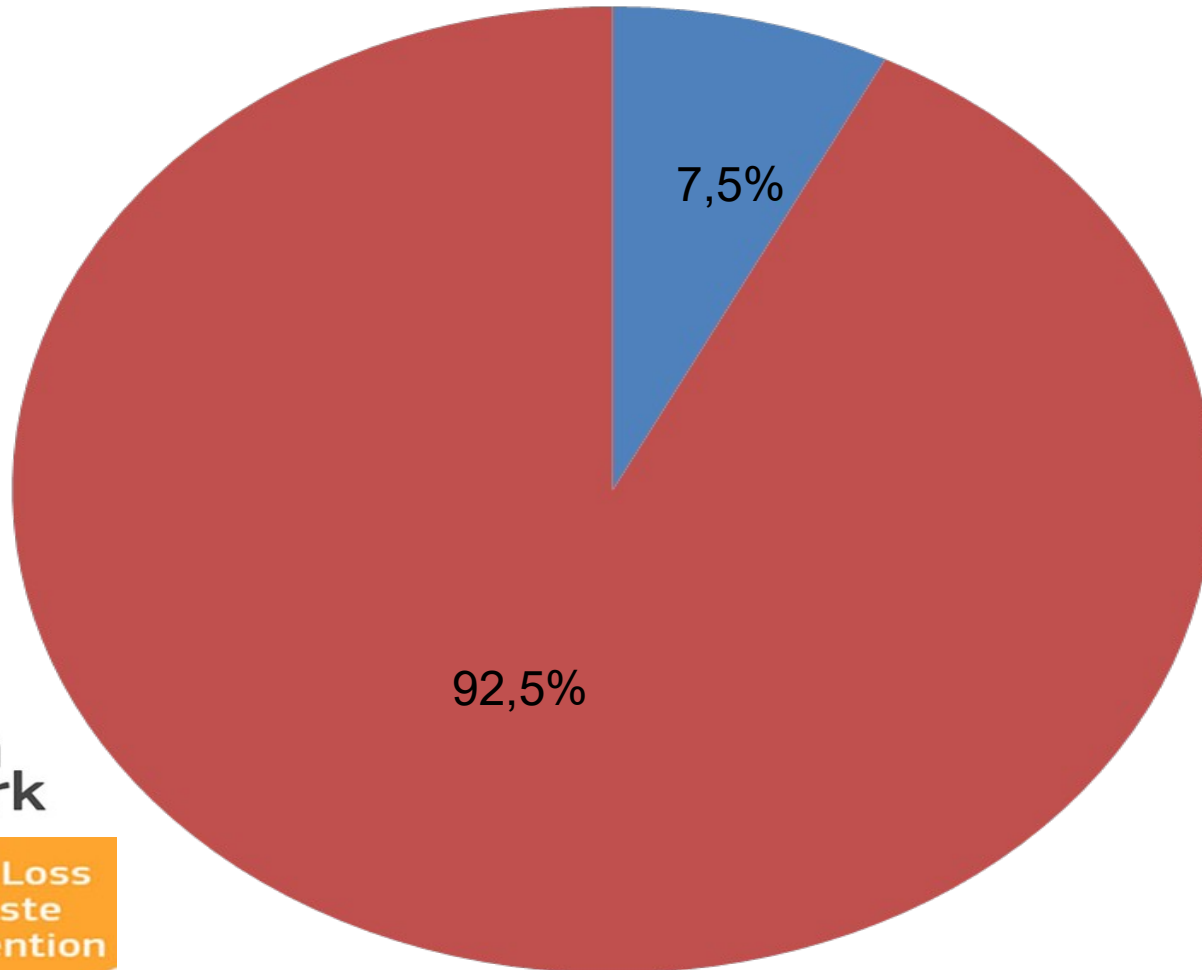
E' previsto un percorso di formazione del personale ospedaliero per il corretto utilizzo del dietetico?



E' previsto periodicamente un questionario sul gradimento del vitto?



E' previsto il monitoraggio degli scarti?

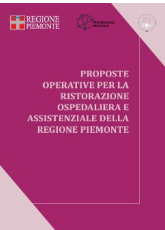


■ Sì (3)

■ No (37)

Farm
to Fork

Food Loss
& Waste
Prevention



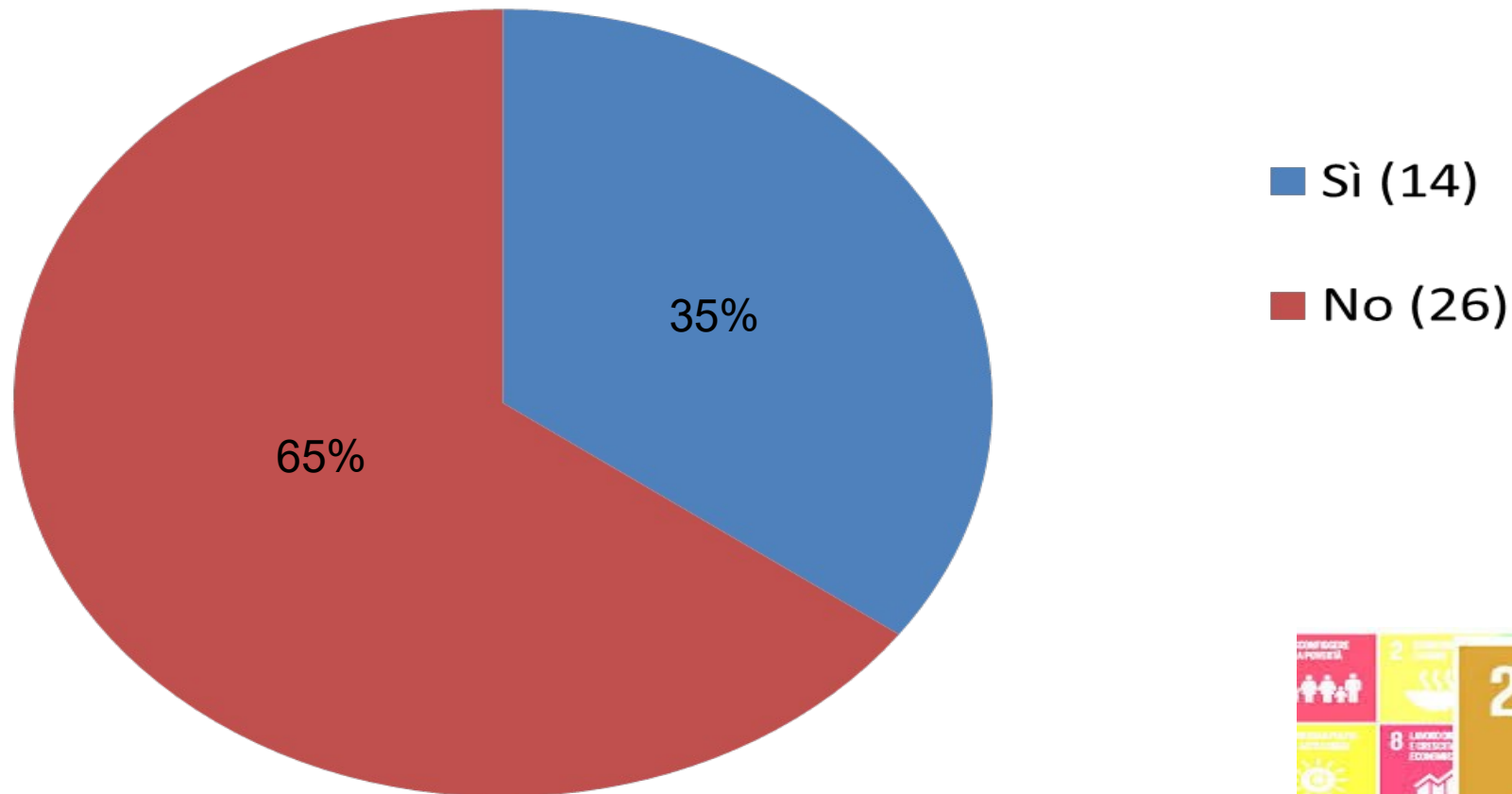
GERARCHIA DEL RECUPERO ALIMENTARE

La gerarchia del recupero alimentare assegna priorità alle azioni che le organizzazioni possono intraprendere per prevenire e ridurre lo spreco alimentare. Ogni livello di tale gerarchia si concentra sulle diverse strategie di gestione che possono essere intraprese.

I livelli più alti rappresentano le modalità migliori per prevenire e ridurre gli sprechi alimentari creando i maggiori vantaggi per l'ambiente, la società e l'economia.



Per le eccedenze alimentari giornaliere non utilizzate, è prevista una ricollocazione?



**PROPOSTE
OPERATIVE PER LA
RISTORAZIONE
OSPEDALIERA E
ASSISTENZIALE DELLA
REGIONE PIEMONTE**

Sommario

1 La ristorazione ospedaliera in Regione Piemonte	7
2 La Malnutrizione	10
2.1 La malnutrizione in ambito ospedaliero	10
2.2 La malnutrizione in ambito assistenziale	12
2.3 Screening del rischio nutrizionale	12
2.4 Assistenza minima al pasto.....	13
3 Organizzazione del servizio di ristorazione.....	15
3.1 Tipologia e gestione della cucina	16
3.2 Legami produttivi utilizzati nella ristorazione collettiva.....	18
3.3 Confezionamento, trasporto e distribuzione dei pasti	21
3.4 Orari dei pasti.....	22
3.5 Apporto idrico giornaliero	22
4 Aspetti nutrizionali del Servizio di Ristorazione: il dietetico	23
4.1 Il vitto comune dei soggetti adulti	24
4.2 Diete standard.....	28
5 Aspetti nutrizionali del Servizio di Ristorazione: specificità per pazienti pediatrici.....	37
5.1 La malnutrizione in ambito pediatrico.....	37
5.2 Specificità del dietetico pediatrico	37
5.3 Alimentazione 0-6 mesi.....	38
5.4 Alimentazione 6-12 mesi	38
5.5 Alimentazione 1-6 anni	39
5.6 Alimentazione 6-17 anni	39
6 Aspetti di qualità	42
6.1 La qualità globale	42
6.2 Capitolati di appalto e criteri auspicabili	44
7 Attività di controllo	46
7.1 Modalità di controllo	46
7.2 Ruoli di controllo in ambito ospedaliero.....	47
7.3 Ruoli di controllo in ambito assistenziale.....	48
8 Formazione	51
9 Bibliografia	52
10 Allegati	55



MALNUTRIZIONE OSPEDALIERA

Secondo la definizione della Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), è

“uno squilibrio fra l’introito di energia e nutrienti e il fabbisogno degli stessi per la crescita e il mantenimento di specifiche funzioni dell’organismo”

Tre forme di malnutrizione

- DIFETTO**
- ECCESSO**
- CARENZA DI MICRONUTRIENTI**

2.1 La malnutrizione in ambito ospedaliero

I dati della letteratura internazionale evidenziano in ambito ospedaliero una prevalenza di malnutrizione per difetto che varia dal 20% al 50%. Anche nei soggetti che presentano un buono stato nutrizionale al momento del ricovero esiste un 30% di rischio di sviluppare un quadro di malnutrizione durante la degenza.

Lo stato nutrizionale nei pazienti ospedalizzati dipende molto anche dal setting di cura. Il tasso di prevalenza della malnutrizione per difetto cresce in modo lineare con il livello di intensità dell'assistenza.

La malnutrizione in ambiente ospedaliero è un problema noto, tuttavia continua ad essere sotto-diagnosticata e sotto-trattata. I dati di una recente indagine mostrano che il 40% del personale medico ed il 58% del personale infermieristico non sono in grado di riconoscere il rischio nutrizionale.

PRESIDI OSPEDALIERI

- > età media dei ricoveri in Piemonte: $62,8 \pm 24,4$ anni (mediana 70)
- > tasso di malnutrizione ospedaliera del 20-50%;
- > nei soggetti che presentano un buono stato nutrizionale al momento del ricovero: 30% di rischio di sviluppare malnutrizione durante la degenza.

Did you know? Poor nutrition impacts on patient outcomes⁴

-  Increased **risk of falls, infections** and **complications**
-  Impaired **immune response**
-  **Delayed wound healing and recovery** from illness/surgery
-  **Reduced muscle** strength and frailty
-  Reduced **quality of life**

La malnutrizione per difetto influisce negativamente su diversi outcome clinici, quali mortalità, qualità di vita, morbilità, riducendo la risposta alle cure mediche, prolungando la degenza ed aumentando il tasso di riospedalizzazione. Tutto ciò incide in maniera rilevante sulla spesa sanitaria: studi europei riportano una spesa media correlata alla malnutrizione pari a 170 miliardi di euro all'anno.



COSTI: QUANTO INCIDE LA RISTORAZIONE IN OSPEDALE

Il costo imputabile al servizio di ristorazione incide minimamente sulla totalità delle spese sanitarie. Secondo lo studio condotto tra il 2014 ed il 2015 in 13 strutture ospedaliere piemontesi, il costo del servizio di ristorazione incide dell'1-2% sui costi dell'azienda. Un aumento ponderato del budget a disposizione per l'erogazione di questo servizio per l'acquisto di materie prime di maggior qualità, per professionalizzare il personale, per rinnovare attrezzature e spazi, porterebbe ad un concreto aumento della qualità del servizio offerto, con miglioramento della soddisfazione degli utenti, diminuzione degli sprechi (circa il 40% di un pasto servito viene scartato) e contribuirebbe a contrastare la malnutrizione.

TRATTAMENTO DELLA MALNUTRIZIONE

Il pasto ospedaliero deve essere **adattato** alle abilità del paziente, al tipo di ospedalizzazione ed ai suoi valori. I pasti dovrebbero soddisfare le preferenze dei pazienti e le loro capacità di alimentarsi: adattamento delle porzioni, consistenza modificata se necessario, migliori condizioni possibili per aumentare l'assunzione di cibo (scelta varia e temperature adeguate)

Il momento del pasto dovrebbe essere **protetto**, con una fascia oraria riservata

In ambito ospedaliero dovrebbe essere disponibile una **dieta ospedaliera**, da somministrare ai pazienti malnutriti, ai pazienti a rischio di malnutrizione e ad altri gruppi di pazienti specifici con un maggiore fabbisogno energetico e/o proteico

Le diete basate sulle restrizioni alimentari **senza evidenza clinica** dovrebbero essere evitate, poiché aumentano il rischio di malnutrizione

Gli ospedali, i centri di riabilitazione e le strutture di lungodegenza dovrebbero mirare ad utilizzare ingredienti alimentari di alta qualità e sostenibili ed evitare il più possibile lo **spreco alimentare**

La ristorazione ospedaliera è parte integrante della terapia clinica e rappresenta il primo e più economico strumento per il trattamento della malnutrizione

Il pasto ospedaliero deve rappresentare la prima opzione per correggere e prevenire la malnutrizione ospedaliera

L'alimentazione dovrebbe essere **verificata, rivalutata e adattata** ogni 3-5 giorni, sulla base dell'evoluzione della patologia, del monitoraggio dell'introito alimentare e dell'accettazione da parte del paziente

Dovrebbero essere condotte a intervalli regolari, almeno una volta l'anno, indagini sulla **soddisfazione** e sulla valutazione del **gradimento** dei pasti ospedalieri e delle diete

Le diete ospedaliere dovrebbero essere **verificate e rivalutate** ogni 3-5 anni, secondo le evidenze più recenti, ma anche tenendo in considerazione la tipologia e le esigenze della struttura ospedaliera

Figura 3. Fonte: SINPE e ASAND

Problemi clinici... non solo!



Sono innumerevoli le problematiche cliniche che influiscono negativamente sulla possibilità/capacità di alimentarsi dei pazienti ricoverati, altrettanto rilevanti sono però gli aspetti organizzativi, sia a livello di reparto, sia di servizio di ristorazione.

Le criticità più frequenti sono:

- mancata rilevazione del peso corporeo al ricovero e successivo monitoraggio;
- ritardo nella richiesta di valutazione nutrizionale;
- digiuno per indagini o procedure diagnostiche;
- scarsa gradibilità del vitto ospedaliero;
- scarsa attenzione ai reali consumi alimentari;
- temperatura non adeguata del pasto servito;
- somministrazione di cibo scelto dal personale e non dal paziente, o errori nella distribuzione;
- inadeguata assistenza al pasto;
- tempi ridotti di somministrazione del cibo.

COME PREVENIRE LA MALNUTRIZIONE OSPEDALIERA?



Gli strumenti più semplici ed economici per identificare, prevenire e trattare la malnutrizione per difetto sono il precoce riconoscimento del rischio tramite i test di screening e il corretto utilizzo del dietetico ospedaliero

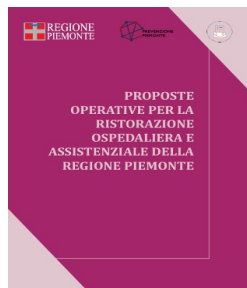
2.3 Screening del rischio nutrizionale

L'obiettivo che si pone lo screening nutrizionale è **l'identificazione precoce** di individui a rischio di malnutrizione per difetto che necessitano di una valutazione di secondo livello; può essere effettuato da personale adeguatamente formato, anche senza specifiche competenze nutrizionali.



Lo screening del rischio nutrizionale dovrebbe essere eseguito secondo le seguenti modalità:

- all'ingresso in ospedale per tutti i pazienti, indipendentemente dall'indice di massa corporea (IMC);
- ripetuto periodicamente a cadenza settimanale durante il ricovero ospedaliero, anche per i pazienti che all'ingresso non presentano rischio di malnutrizione
- eseguito utilizzando un test validato per il contesto di riferimento.



Esistono diversi strumenti di screening validati e adatti ai diversi setting di cura:

- 1 **Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)**: validato per adulti residenti in comunità. Studi recenti ne hanno evidenziato la validità, il valore predittivo (durata della degenza, mortalità) e la riproducibilità anche in ambito ospedaliero (Allegato 1);
- 2 **Nutritional Risk Screening (NRS 2002)**: gold standard per pazienti adulti ricoverati in ospedale (Allegato 2);
- 3 **Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF)**: validato per la popolazione anziana residente in strutture assistenziali (Allegato 3).

Lo screening nutrizionale permette di individuare il paziente a rischio nutrizionale che necessita di una valutazione più accurata ed un intervento tempestivo.

TEST DI SCREENING NRS-2002

Pre-screening

1	Il BMI è < 20,5?	Sì	No
2	Il paziente ha perso peso negli ultimi 3 mesi?	Sì	No
3	Il paziente ha ridotto gli introiti alimentari nell'ultima settimana?	Sì	No
4	Il paziente presenta una patologia acuta grave?	Sì	No

Se la risposta è "Sì" ad almeno una domanda è necessario fare lo screening. Se la risposta è "No" a tutte le domande il paziente deve essere rivalutato ogni settimana.

Screening

ALTERATO STATO NUTRIZIONALE		GRAVITÀ DELLA PATOLOGIA (≈ aumento dei fabbisogni)	
Assente Score 0	Stato nutrizionale normale	Assente Score 0	Fabbisogni nutrizionali normali
Lieve Score 1	Perdita di peso >5 % in 3 mesi oppure Introiti alimentari tra 50-75% dei normali fabbisogni nelle settimane precedenti	Lieve Score 1	Traumi con fratture Paziente cronico, in particolare con complicazioni acute: cirrosi, COPD. Emodialisi cronica, diabete, oncologia
Moderato Score 2	Perdita di peso >5 % in 2 mesi oppure BMI 18,5-20 + alterate cond. generali oppure Introiti alimentari tra 25-50% dei normali fabbisogni nelle settimane precedenti	Moderato Score 2	Chirurgia addominale maggiore Ictus Polmoniti gravi Onco-ematologia
Grave Score 3	Perdita di peso >5 % in 1 mese (>15% in 3 mesi) oppure BMI < 18,5 + alterate cond. generali oppure Introiti alimentari tra 0-25% dei normali fabbisogni nelle settimane precedenti	Grave Score 3	Trauma cranico Trapianto di midollo Pazienti della terapia intensiva (APACHE > 10)
Score: +		Score:	
=		Score totale:	
Età se ≥ 70 anni aggiungere 1 score allo score totale; Score corretto per età =			
Score ≥ 3 il paziente è a rischio nutrizionale e si deve stendere un programma nutrizionale. Score < 3 rivalutazione settimanale del paziente. Se il paziente ha in programma un intervento di chirurgia maggiore deve essere steso un programma nutrizionale per prevenire un rischio nutrizionale			

TEST DI SCREENING MUST

FASE 1. Indice di massa corporea (IMC) = peso in kg / (altezza in m)²

IMC **Punteggio**

>20 = 0

18,5-20 = 1

<18,5 = 2

FASE 2. Calo di peso non programmato nei 3-6 mesi precedenti

% **Punteggio**

<5 = 0

5-10 = 1

>10 = 2

FASE 3. Se il paziente è affetto da malattia acuta e non vi è stato o è probabile che non vi sia alcun apporto nutrizionale per più di 5 giorni:

Punteggio = 2

FASE 4. Aggiungere i punti per ottenere il punteggio totale:

Punteggio = 0. Rischio basso. Cure cliniche di routine.

Ripetere lo screening:

- in ospedale una volta alla settimana;
- in casa di cura una volta al mese;
- in comunità una volta all'anno per gruppi speciali, ad es. soggetti anziani.

Punteggio = 1. Rischio medio. Monitorare.

Documentare l'apporto alimentare per 3 giorni.

Se adeguato: attenzione clinica limitata; ripetere lo screening:

- in ospedale una volta alla settimana;
- in casa di cura almeno una volta al mese;
- in comunità almeno ogni 2-3 mesi.

Se non adeguato: attenzione clinica; seguire le politiche locali, stabilire obiettivi, migliorare e aumentare l'apporto nutrizionale globale, monitorare e riesaminare regolarmente il programma terapeutico.

Punteggio ≥ 2. Rischio alto. Trattare*.

- Inviare al dietista, all'équipe di supporto nutrizionale o attuare le politiche locali;
- stabilire obiettivi, migliorare e aumentare l'apporto nutrizionale globale;
- monitorare e riesaminare il programma di cura:
 - o in ospedale una volta alla settimana,
 - o in casa di cura una volta al mese,
 - o in comunità una volta al mese.

* A meno che non sia previsto un effetto nocivo o non sia previsto alcun beneficio dal supporto nutrizionale, come nel caso di morte imminente.

2.4 Assistenza minima al pasto

Un'elevata percentuale dei soggetti ospedalizzati e istituzionalizzati (fino al 75% a seconda dei setting) non è autosufficiente e necessita di assistenza al pasto al fine di garantire il soddisfacimento dei fabbisogni nutrizionali.

La struttura ospitante deve valutare la capacità del paziente di alimentarsi in maniera autonoma e dove necessario predisporre percorsi di assistenza al pasto. La figura designata a tale mansione è l'operatore sociosanitario (OSS). Qualora la struttura non riesca a garantire tale assistenza al paziente, è possibile formare adeguatamente caregiver e volontari dove presenti.

Le figure predisposte all'assistenza al pasto dovranno:

- imboccare il paziente in posizione semiseduta/seduta in condizioni di adeguata vigilanza;
- rispettare i tempi di deglutizione e masticazione;
- sorvegliare l'assunzione del cibo di consistenza adeguata se il paziente è disfagico, controllando e segnalando la comparsa di segni e sintomi legati all'aspirazione dello stesso.

Per monitorare l'effettiva assunzione di adeguate quantità di alimenti/liquidi è opportuno compilare un diario alimentare e idrico (Allegato 4). Uno strumento utile per monitorare invece l'abilità funzionale dei pazienti è la *Eating Behavior Scale*. Tale scala valuta sia gli aspetti cognitivi sia quelli motori, considerando sei differenti aspetti del pasto (Figura 4).



Eating Behavioral Scale

Comportamento osservato: il paziente era...	Indipendente	Incoraggiamenti verbali	Assistenza parziale	Dipendente
Capace di iniziare a mangiare	3	2	1	0
Capace di mantenere l'attenzione al pasto	3	2	1	0
Capace di individuare tutto il cibo	3	2	1	0
Capace di usare in modo appropriato le posate	3	2	1	0
Capace di mordere, masticare e deglutire il cibo senza che vada di traverso	3	2	1	0
Capace di terminare il pasto	3	2	1	0

Totale punteggio indipendenza massima 18



DIARIO ALIMENTARE E IDRICO

PAZIENTE	
SCHEDA VITTO	
ALLERGIE	
PREFERENZE	

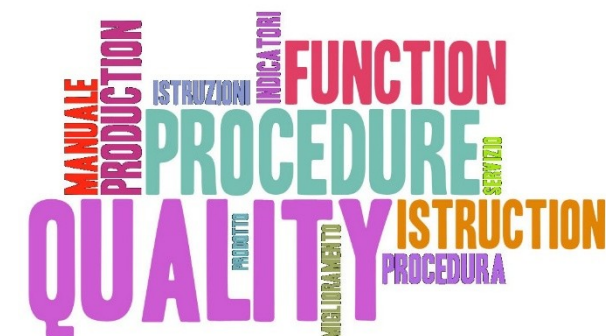
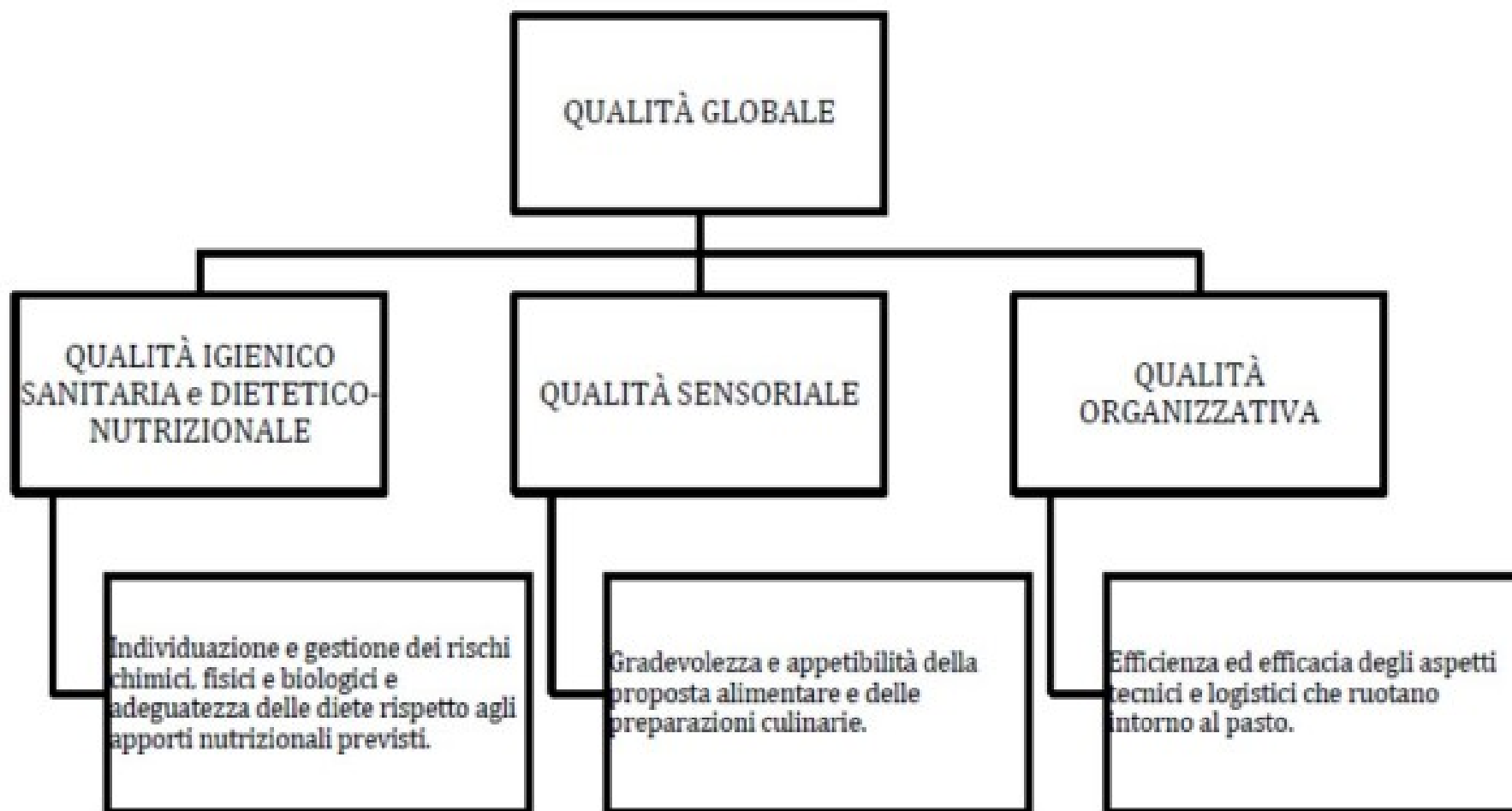
DATA	COLAZIONE	PRANZO	CENA	IDRATAZIONE
	 Bevande/yogurt Biscotti/fette b	 Primo Secondo	 Primo Secondo	 acqua
	MERENDA Bevande/yogurt Biscotti/fette b	 Contorno Dessert	 Contorno Dessert	 h2ogel
		Pane/grissini.....	Pane/grissini.....	NOTE
		Contorno Dessert	Contorno Dessert	
		Pane/grissini.....	Pane/grissini.....	
DATA	COLAZIONE	PRANZO	CENA	IDRATAZIONE
	 Bevande/yogurt Biscotti/fette b	 Primo Secondo	 Primo Secondo	 acqua
	MERENDA Bevande/yogurt Biscotti/fette b	 Contorno Dessert	 Contorno Dessert	 h2ogel
		Pane/grissini.....	Pane/grissini.....	NOTE
		Contorno Dessert	Contorno Dessert	
		Pane/grissini.....	Pane/grissini.....	
DATA	COLAZIONE	PRANZO	CENA	IDRATAZIONE
	 Bevande/yogurt Biscotti/fette b	 Primo Secondo	 Primo Secondo	 acqua
	MERENDA Bevande/yogurt Biscotti/fette b	 Contorno Dessert	 Contorno Dessert	 h2ogel
		Pane/grissini.....	Pane/grissini.....	NOTE
		Contorno Dessert	Contorno Dessert	
		Pane/grissini.....	Pane/grissini.....	

Legenda
 Il paziente ha mangiato:

Tutto	1/4	metà	3/4	niente

6.1 La qualità globale

Il servizio di ristorazione collettiva deve tendere al raggiungimento di un ottimale livello di qualità globale, nei suoi tre ambiti: qualità igienico-sanitaria e dietetico-nutrizionale, qualità sensoriale e qualità organizzativa.



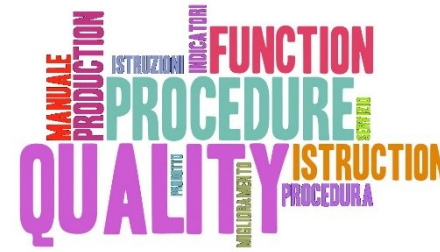
6.1.1 QUALITÀ IGIENICO-SANITARIA E DIETETICO-NUTRIZIONALE

- 1 **Sicurezza alimentare nel breve periodo** (prevenzione avvelenamenti e tossinfezioni)
Il rispetto degli standard igienico-sanitari è un prerequisito definito per legge.
- 2 **Sicurezza alimentare a medio-lungo termine** (prevenzione e trattamento della malnutrizione, promozione comportamenti salutari). I principali parametri di qualità in questo ambito sono:
 - conservazione delle proprietà nutrizionali (contenuto in macro, micronutrienti e sostanze bioattive);
 - adeguatezza delle derrate alimentari (vd. Allegato 12);
 - presenza di ricettario e bromatologico dei piatti presenti nei menù, con indicazione degli allergeni;
 - adeguatezza dei vitti alle caratteristiche indicate nel dietetico (grammature, consistenze, frequenze di consumo ecc.);
 - prodotti nel rispetto dei capitolati d'appalto.

6.1.2 QUALITÀ SENSORIALE

I principali parametri di qualità in questo ambito sono quelli che possono facilitare un adeguato apporto alimentare:

- buona palatabilità, all'insegna della varietà delle risorse della gastronomia locale e delle tradizioni, tenendo in considerazione l'aspetto visivo (disposizione del cibo dei piatti e colore);
- possibilità di scelta ed eventuale prenotazione dei pasti da parte del paziente;
- valutazione periodica della qualità percepita (customer satisfaction).



6.1.3 QUALITÀ ORGANIZZATIVA

- A **Scelta di materie prime, ricette, legame produttivo e distributivo.** In questo ambito i principali parametri di qualità sono:
 - monitoraggio di parametri oggettivi quali pesi delle porzioni, temperatura dei cibi, tempi di percorrenza dalla cucina alla distribuzione, entità degli scarti;
 - utilizzo di attrezzature specifiche e adeguate alla tipologia di cottura applicata e possibilmente relativo contenimento dei consumi energetici;
 - garanzia della possibilità di prenotazione individuale e di corrispondenza tra pasto prenotato e servito, con personale adeguatamente addestrato e culturalmente preparato;
 - scelta di prodotti/servizi in relazione agli aspetti di sostenibilità ambientale e rapporto con il territorio e la stagionalità;
 - ottimizzazione delle tecniche al fine di garantire il rispetto dei valori nutrizionali dei piatti finali;
 - valutazione degli scarti e presenza di procedure di riciclo;
 - ripetibilità dei processi produttivi e mantenimento degli standard di qualità.
- B **Adeguatezza ambienti, tempistiche, contesto organizzativo e relazionale.** In questo ambito i principali parametri di qualità sono:
 - interazione fra le figure coinvolte (cuoco, responsabile autocontrollo, direzione sanitaria, servizio di dietetica, economato...) per un coordinamento efficace ed efficiente dell'attività;
 - capacità di risposta alle criticità presentate dall'utenza;
 - attenzione al contesto in cui il pasto si somministra e si consuma (rumorosità, luminosità, tinteggiatura degli ambienti, grado di pulizia, microclima);
 - appropriatezza degli atteggiamenti e dei comportamenti degli operatori coinvolti nelle fasi di prenotazione e distribuzione con l'utenza;
 - rispetto dei tempi dedicati al pasto;
 - garanzia dell'assistenza minima al pasto;
 - presenza di Carta dei Servizi.

Questionario quantitativo e di valutazione del gradimento del servizio di ristorazione

PRANZO

Menù del giorno	Quantità*	Gradimento	Se poco gradito perchè
Primo piatto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5	<input type="checkbox"/> scotto <input type="checkbox"/> al dente <input type="checkbox"/> insipido <input type="checkbox"/> salato <input type="checkbox"/> poco condito <input type="checkbox"/> troppo condito <input type="checkbox"/> freddo <input type="checkbox"/> gusto cattivo
Secondo piatto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5	<input type="checkbox"/> cottura inaguata <input type="checkbox"/> duro <input type="checkbox"/> insipido <input type="checkbox"/> salato <input type="checkbox"/> poco condito <input type="checkbox"/> troppo condito <input type="checkbox"/> freddo <input type="checkbox"/> gusto cattivo
Contorno	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5	<input type="checkbox"/> cottura inaguata <input type="checkbox"/> duro <input type="checkbox"/> insipido <input type="checkbox"/> salato <input type="checkbox"/> poco condito <input type="checkbox"/> troppo condito <input type="checkbox"/> freddo <input type="checkbox"/> gusto cattivo
Frutta/Dessert	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5	<input type="checkbox"/> troppo matura <input type="checkbox"/> acerba <input type="checkbox"/> monotona <input type="checkbox"/> gusto cattivo <input type="checkbox"/> altro
Pane/Grissini	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5	<input type="checkbox"/> troppo duro <input type="checkbox"/> gommoso <input type="checkbox"/> gusto cattivo <input type="checkbox"/> altro

CENA

Menù del giorno	Quantità*	Gradimento	Se poco gradito perchè
Primo piatto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5	<input type="checkbox"/> scotto <input type="checkbox"/> al dente <input type="checkbox"/> insipido <input type="checkbox"/> salato <input type="checkbox"/> poco condito <input type="checkbox"/> troppo condito <input type="checkbox"/> freddo <input type="checkbox"/> gusto cattivo
Secondo piatto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5	<input type="checkbox"/> cottura inaguata <input type="checkbox"/> duro <input type="checkbox"/> insipido <input type="checkbox"/> salato <input type="checkbox"/> poco condito <input type="checkbox"/> troppo condito <input type="checkbox"/> freddo <input type="checkbox"/> gusto cattivo
Contorno	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5	<input type="checkbox"/> cottura inaguata <input type="checkbox"/> duro <input type="checkbox"/> insipido <input type="checkbox"/> salato <input type="checkbox"/> poco condito <input type="checkbox"/> troppo condito <input type="checkbox"/> freddo <input type="checkbox"/> gusto cattivo
Frutta/Dessert	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5	<input type="checkbox"/> troppo matura <input type="checkbox"/> acerba <input type="checkbox"/> monotona <input type="checkbox"/> gusto cattivo <input type="checkbox"/> altro
Pane/Grissini	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5	<input type="checkbox"/> troppo duro <input type="checkbox"/> gommoso <input type="checkbox"/> gusto cattivo <input type="checkbox"/> altro

* Annerisca i quadratini in base alla quantità di piatto consumato (es. 2 quadratini= ½ piatto mangiato)

Ha potuto scegliere lei che cosa mangiare? SI' NO NO PER MOTIVI CLINICI

Le porzioni le sono sembrate adeguate SI' NO (SCARSE ABBONDANTI)

La varietà degli alimenti le è sembrata adeguata? SI' NO

Come valuta nel complesso il servizio di ristorazione



IL DIETETICO

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

Rappresenta un mezzo valido per pianificare ed ottimizzare l'intervento nutrizionale consentendo di conciliare le esigenze nutrizionali con quelle tecnico-amministrative.

VITTO COMUNE

Rappresentato da un insieme di menu fruibili in tutte le condizioni che non richiedono un trattamento dietetico specifico.

DIETE STANDARD

Schemi dietoterapeutici con caratteristiche nutrizionali definite adatti a specifiche esigenze per le quali siano indicate modificazioni dietetiche.

DIETE AD PERSONAM

Schemi dietoterapeutici personalizzati per soggetti con problematiche nutrizionali complesse, che necessitano di schemi individuali.

IL DIETETICO

In particolare, il dietetico deve:

- prevedere la possibilità di raggiungere i fabbisogni nutrizionali di tutti i soggetti destinatari;
- essere strutturato con una ciclicità di due settimane nelle strutture per acuti e quattro settimane nelle strutture assistenziali e riabilitative/lungo degenze;
- essere articolato in almeno due stagioni (autunno-inverno e primavera-estate);
- rispondere alle richieste e alle necessità della popolazione ricoverata o ospite, così da ridurre al minimo le rielaborazioni, che devono comunque essere possibili in presenza di necessità particolari;
- prevedere menù per richieste etniche, etico-religione e culturali;
- prevedere ricette standardizzate, a composizione bromatologica definita, ripetibili e che consentano il raggiungimento degli apporti nutrizionali adeguati;
- proporre un'offerta strutturata in tre pasti principali e, per raggiungere gli apporti necessari, uno o due spuntini;
- la ripartizione calorica dei tre pasti dovrebbe essere:
 - 20% circa per la colazione,
 - 40% circa per il pranzo,
 - 40% circa per la cena,
 - eventuali spuntini possono contribuire fornendo il 10% della quota calorica con conseguente riduzione percentuale nei pasti principali.

VITTO COMUNE SANITARIO

Caratteristiche

Il vitto comune sanitario deve:

- assicurare un apporto di 1800-2200 kcal giornaliera;
- avere una ripartizione in macronutrienti pari a: proteine 20-25% delle calorie totali, lipidi 30-35% delle calorie totali e glucidi 50-55% delle calorie totali;
- rispettare le grammature delle porzioni in Allegato 5;
- prevedere per ciascuna portata (primo, secondo, contorno, dessert) la presenza di un piatto del giorno e di almeno un'alternativa (nel caso di unica alternativa al piatto del giorno, è auspicabile variarla nella settimana, evitando l'uso di un unico piatto fisso tutti i giorni);
- privilegiare l'utilizzo di preparazioni ad alta densità calorico-proteica e proteine ad alto valore biologico;
- essere ispirato alla stagionalità e alle tradizioni locali.

Privilegiare piatti e preparazioni gustose, anche con condimenti elaborati, per incentivarne il consumo.



ESEMPIO DI GIORNATA ALIMENTARE PER IL VITTO COMUNE SANITARIO	
COLAZIONE/MERENDA (menu standard)	SCELTE AGGIUNTIVE
Latte vaccino	Latte delattosato, yogurt
Bevanda tipo caffè	Tè, orzo
Fette biscottate	Pane, biscotti
Altro	Zucchero, miele, marmellata, cioccolato, burro
PRANZO E CENA (menu standard)	SCELTE AGGIUNTIVE
Primo piatto del giorno (asciutto o in brodo)	Pasta o riso in bianco Minestra o zuppa
Secondo piatto del giorno (alternare secondo le diverse tipologie di secondo piatto*)	Pastina in brodo o semolino Secondo morbido (polpette, flan...) Pollo/manzo/pesce lesso o al vapore Formaggio a pasta dura o molle Affettato
Contorno del giorno di verdura o di patate (da inserire in caso di primo piatto in brodo)	Verdura cotta o cruda Purea di patate o patate lesse
Frutta fresca di stagione	Frutta cotta o frullata Budino/dolce/yogurt
Pane	Grissini
Condimenti	Olio, limone, aceto, parmigiano, sale
Acqua minerale	Naturale o frizzante

LE DIETE STANDARD

	SETTING OSPEDALIERO	SETTING ASSISTENZIALE
Dieta senza glutine	X	X
Dieta vegetariana	X	X
Dieta iposodica	X	
Dieta a ridotto apporto di fibre e lattosio	X	
Dieta di rialimentazione	X	
Dieta ipercalorica-iperproteica	X	
Dieta ipocalorica		X
Diete a consistenza modificata	X	X

DIETE STANDARD

INDICAZIONI PER MOTIVI DI SALUTE



DIETA SENZA GLUTINE

Indicazioni: celiachia e patologie croniche causate dall'intolleranza al glutine.

Caratteristiche:

- Normo-calorica e normo-proteica;
- Alimenti naturalmente privi di glutine, formulati per i celiaci, inseriti nel Registro Nazionale, riportanti la dicitura “senza glutine” o il marchio a spiga sbarrata;
- Approvvigionamento, stoccaggio, preparazione, cottura e distribuzione: procedure specifiche atte a evitare contaminazioni anche con sole tracce di glutine;
- Preparazione in zona dedicata oppure in zona sottoposta preventivamente ad accurata pulizia, in modo da evitare che gli alimenti in preparazione siano contaminati da glutine.



DIETE STANDARD

INDICAZIONI PER MOTIVI DI SALUTE



DIETA VEGETARIANA

Indicazioni: alternativa al vitto comune, indicata non per motivazioni cliniche, ma su richiesta del paziente per soddisfare preferenze o scelte etico-religiose.

Caratteristiche:

- Normo-calorica e normo-proteica;
- Sovrapponibile ad una dieta ovo-latto-vegetariana (richiede la presenza nella giornata alimentare di cereali, legumi, tuberi, verdura, frutta, olio evo, uova e latticini);
- Il pesce può essere presente come alternativa al secondo piatto.



DIETE STANDARD

INDICAZIONI PER MOTIVI DI SALUTE



DIETA IPOIODICA

Indicazioni: solo su prescrizione medica specialistica, per insufficienza cardiaca scompensata e cirrosi epatica con scompenso ascitico.

Caratteristiche:

- Normo-calorica e normo-proteica;
- Na: 1600 mg/die (NaCl 4 g/die);
- Restrizione di sodio: evitando l'utilizzo di sale da cucina e limitando o escludendo alimenti particolarmente ricchi di sodio;
- Fornitura di sale 1 g/die (o 2 g/die se usati pane/grissini iposodici) ad uso discrezionale
- L'eventuale impiego di restrizioni maggiori di NaCl possono associarsi a maggior rischio di malnutrizione a causa della ridotta palatabilità dei piatti.



DIETE STANDARD

INDICAZIONI PER MOTIVI DI SALUTE



DIETA RIDOTTO APPORTO FIBRE E LATTOSIO

Indicazioni: test diagnostici strumentali, riacutizzazione di diverticolite intestinale e IBD, fistole intestinali ad alta portata, stenosi intestinali sintomatiche.

Caratteristiche:

- Normo-calorica e normo-proteica;
- Contenuto ridotto di fibra (fibra < 10 g/die);
- Contenuto ridotto di lattosio.



DIETE STANDARD

INDICAZIONI PER MOTIVI DI SALUTE



DIETA DI RIALIMENTAZIONE

Indicazioni: rialimentazione postoperatoria dopo interventi di chirurgia addominale maggiore, dopo digiuno prolungato, rialimentazione post pancreatite acuta, per il più breve tempo possibile.

Caratteristiche:

- Dieta frazionata di piccolo volume;
- Ridotto contenuto di fibra e lattosio;
- Preferibile la presenza di scelte/alternative morbide;
- 2 livelli con quote proteiche e caloriche incrementali;
- Garantita sempre la presenza del secondo piatto con proteine ad alto valore biologico;
- A titolo esemplificativo: livello 1 con 1000-1200 kcal, e prot. 40-60 g – livello 2 con 1400-1600 kcal e prot. 60-80 g



DIETE STANDARD

INDICAZIONI PER MOTIVI DI SALUTE



DIETA A CONSISTENZA MODIFICATA

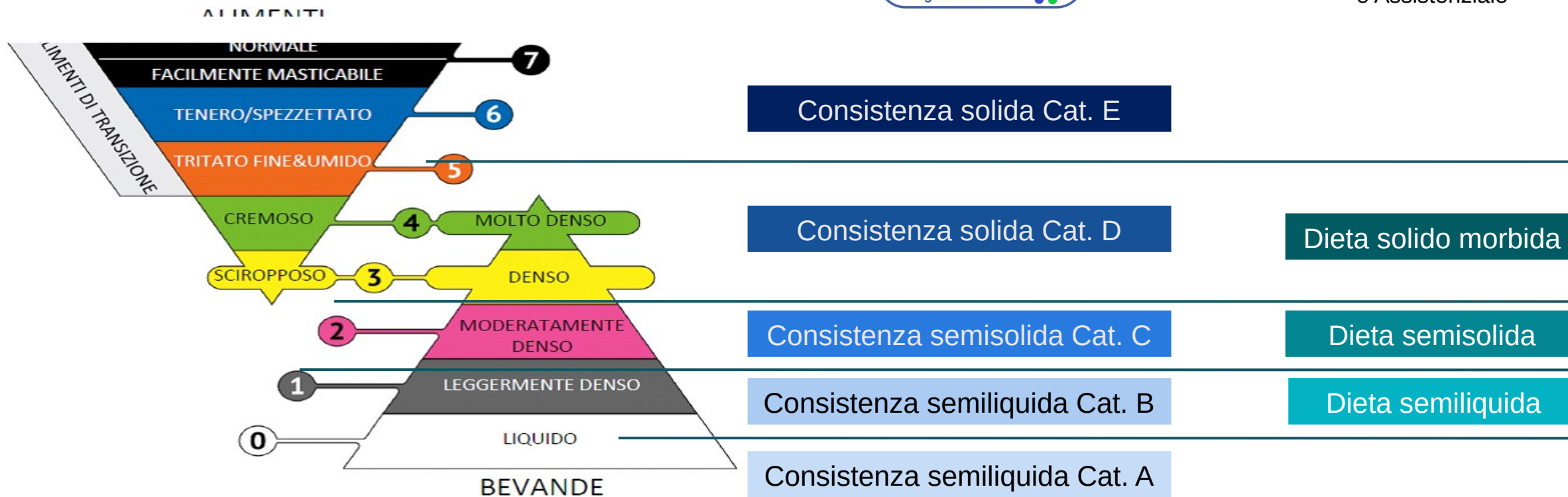
Caratteristiche nutrizionali:

- Consistenza adeguata degli alimenti per garantire la sicurezza del paziente,
- Adeguati apporti calorico-proteici;
- Cura nella presentazione dei piatti, variando colori e sapori.

Caratteristiche fisiche:

- Semiliquida: dieta indicata solo in ospedale (non in setting assistenziale), a causa del volume aumentato non copre i fabbisogni calorico-proteici e necessita quindi di un supporto nutrizionale artificiale (es. ONS).
- Semisolida
- Solido-morbida





Documento Quadro IDDSI
Descrizione Dettagliata
2.0 | 2019

Traduzione italiana a cura di Luciana Andrini
Dietista

LA DISFAGIA NELLA RISTORAZIONE OSPEDALIERA

Dieta semiliquida

- Indicazioni limitate, ad es. in caso di capacità di preparazione orale molto ridotta, peristalsi esofagea diminuita e/o disfunzioni del muscolo cricofaringeo; importante odinofagia; disfagia ai solidi da ostruzione.
- Ridotta densità calorica → deve sempre prevedere un **supporto nutrizionale artificiale**.
- Dieta ospedaliera; non richiesta in contesto assistenziale.

Dieta semisolida

- Indicazioni: parziale incapacità nella preparazione orale del cibo, con motilità linguale notevolmente ridotta e/o con difetto del transito faringeo; masticazione dolorosa, odinofagia.
- Dieta richiesta sia in contesto ospedaliero sia assistenziale.

Dieta solido morbida

- Indicazioni: pz con fase di masticazione e/o deglutizione poco efficace per cui non sono indicati cibi solidi, liquidi e doppie consistenze. È idonea anche in presenza di edentulia, dolore o “fatigue” nella masticazione.
- Dieta richiesta sia in contesto ospedaliero sia assistenziale (in alternativa presenza di scelte idonee nel vitto comune).

LA DISFAGIA NELLA RISTORAZIONE OSPEDALIERA

STRATEGIE PER FACILITARE L'ASSUNZIONE DEL PASTO E PREVENIRE IL RISCHIO DI SOFFOCAMENTO

Accertarsi che il paziente sia vigile, reattivo, riposato e in stato di benessere (assenza di dolore); sospendere il pasto se sopraggiunge stanchezza.

Adottare posture di sicurezza durante l'assunzione del pasto: capo e tronco eretto, con piedi e braccia ben appoggiate.

Far assumere il cibo lentamente in un ambiente tranquillo, senza distrazioni (TV, conversazione, lettura), rispettando i tempi del paziente.

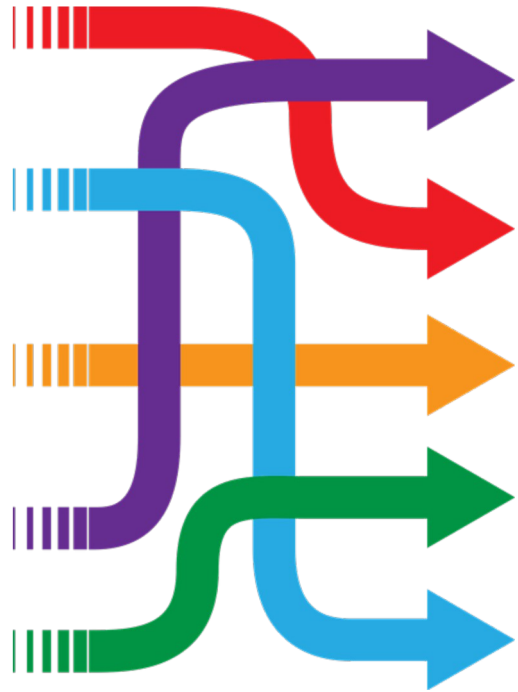
Far assumere bocconi non troppo voluminosi: non si mangia un nuovo boccone se il precedente non è stato deglutito; ad intervalli regolari occorre controllare la presenza di residui di cibo in gola, emettendo 2-3 colpi di tosse seguiti da deglutizioni a vuoto.

L'assunzione di acqua o altri liquidi, se permessa, può avvenire solo se è stato eliminato ogni residuo dalla bocca e dal faringe. I liquidi vanno somministrati dal bicchiere a piccoli sorsi o con il cucchiaino, tenendo il capo leggermente flesso in avanti; si sconsiglia l'assunzione di liquidi dalla bottiglia, con cannuccia o siringa.

Eeguire adeguata igiene orale prima e dopo il pasto per prevenire le infezioni; effettuata prima del pasto in particolare stimola la salivazione, il riflesso deglutitorio e il gusto.

BOX 2

ALLEGATO 6. SCHEMA OPERATIVO PER LA SCELTA DELLE DIETE STANDARD



Dieta senza glutine

Celiachia, alterata sensibilità al glutine.
Dieta indicata sia in contesto ospedaliero, sia in contesto assistenziale.

Dieta vegetariana

Pazienti che per motivi religiosi o proprie scelte/convinzioni personali escludono alcuni alimenti di origine animale.
Dieta indicata sia in contesto ospedaliero, sia in contesto assistenziale.

Dieta iposodica

Insufficienza cardiaca scompensata, cirrosi epatica con ascite.
Necessità di indicazione medica specialistica.
Dieta indicata esclusivamente in contesto ospedaliero.

Dieta a ridotto apporto di fibre e lattosio

Diverticolite riacutizzata, diagnostica strumentale sul digerente, IBD riacutizzate, fistole intestinali ad alta portata, stenosi intestinali sintomatiche.
Dieta indicata esclusivamente in contesto ospedaliero.

Dieta di rialimentazione

Dopo digiuno prolungato, post interventi di chirurgia addominale maggiore o in caso di rialimentazione post pancreatite acuta.
Dieta indicata esclusivamente in contesto ospedaliero.

Dieta ipercalorica-iperproteica

Necessità di un maggior fabbisogno di energia e/o proteine; malattia acuta o cronica a rischio nutrizionale medio/alto o pazienti malnutriti con stress metabolico correlato a patologia.
Dieta indicata esclusivamente in contesto ospedaliero.

Dieta a consistenza modificata

Utilizzata in caso di disfagia o difficoltà masticatorie.
Sono presenti più livelli di dieta: semiliquida, semisolida, solida/morbida.
La dieta semiliquida è indicata esclusivamente in regime ospedaliero, la semisolida e la solida/morbida sono indicate anche in setting assistenziale.

SPECIFICITA' PER PAZIENTI PEDIATRICI: NON PRESENTE NEL NOSTRO DIETETICO

VITTO COMUNE

- Menù: adeguati a fascia d'età; copertura dei fabbisogni; varietà e gradevolezza degli alimenti.

DIETE STANDARD

Analogamente a dietetico per adulti.

DIETE AD PERSONAM

Più utilizzate rispetto alla ristorazione per adulti, per rispondere a esigenze cliniche e fisiologiche più eterogenee.

SPECIFICITA' PER PAZIENTI PEDIATRICI

- Latte materno
- Formule latte standard
- Formule latte speciali (es. per allergie o malnutrizione o funzione gastrointestinale alterata o paziente pretermine ecc.)

0-6 MESI



- 600-800 kcal/die
- Divezzamento: alimenti frullati e con sapori diversificati. Brodo o passato di verdure + fonte proteica + farine di cereali + olio extra vergine di oliva.
- Evitare: latte vaccino, sale e zucchero aggiunti, miele.

6-12 MESI



- 900-1500 kcal/die
- Percentuale di lipidi superiore al vitto per adulti (35-40%)
- Particolare attenzione alla consistenza dei cibi per evitare pericolo di soffocamento

1-6 ANNI



- Vitto qualitativamente sovrapponibile a quello per adulti
- 1600-2600 kcal -> è possibile optare per suddivisione in più fasce per età oppure usare vitto adulti con integrazioni dove necessario.

6-17 ANNI



CONCLUSIONI



PERCORSO NUTRIZIONALE

Diffondere cultura in ambito alimentare



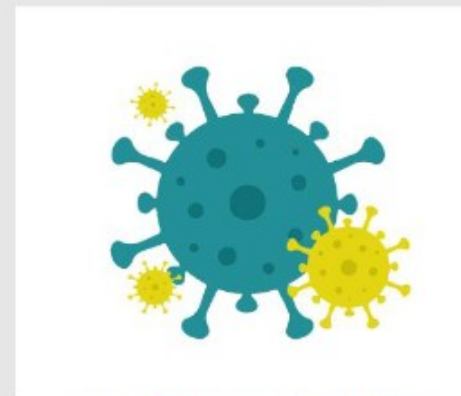
LAVORARE INSIEME

Per il Paziente e per l'Ambiente



PUNTARE SULLA QUALITA'

Per migliorare gli outcome di salute



LIMITARE LE RESTRIZIONI

Dare la precedenza al vitto comune, salvo specifiche indicazioni



**SCAN
ME!**

GRAZIE



**PROPOSTE
OPERATIVE PER LA
RISTORAZIONE
OSPEDALIERA E
ASSISTENZIALE DELLA
REGIONE PIEMONTE**