



# Ministero della Salute

SCHEDA RIASSUNTIVA “*Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera e assistenziale*”

## 1. INTRODUZIONE

---

Lo stato nutrizionale contribuisce alla qualità della vita di ogni individuo e l'alimentazione costituisce un importante fattore di rischio per numerose patologie.

Alla luce delle stime di incidenza e prevalenza di alcune importanti patologie cronicodegenerative, l'OMS e l'UE hanno insieme pianificato una politica internazionale finalizzata all'adozione di abitudini di vita salutari. Tra le principali iniziative ci sono accordi, interventi mirati a gruppi di popolazione ad alto rischio, promozione di attività di comunicazione, nonché l'adattamento dei sistemi sanitari a garantire cure efficaci e continuità assistenziale.

Il Consiglio d'Europa, inoltre, ha recentemente ribadito che la ristorazione ospedaliera è parte integrante della terapia clinica e che il ricorso al cibo rappresenta il primo e più economico strumento per il trattamento della malnutrizione.

Per fronteggiare queste problematiche, il Ministero della salute ha istituito presso la Direzione Generale per la Sicurezza degli Alimenti e della Nutrizione, un tavolo tecnico sulla ristorazione negli ospedali e nelle strutture assistenziali con l'obiettivo di predisporre, come per la ristorazione scolastica, delle *Linee di indirizzo* allo scopo di presentare un modello da proporre a livello nazionale, al fine di rendere omogenee le attività connesse con la ristorazione ospedaliera, intese a migliorare il rapporto dei pazienti ospedalizzati con il cibo.

La attuale situazione italiana vede una disomogeneità particolarmente marcata tra le Regioni e, spesso, nell'ambito della stessa Regione, tra le diverse strutture. 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 degli operatori, figure professionali impiegate, diversa consapevolezza del ruolo dell'alimentazione nella promozione della salute, mentre la Nutrizione deve essere inserita a pieno titolo nei percorsi di diagnosi e cura.

Le *Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera ed assistenziale* riconoscono quali elementi portanti la centralità del paziente ospedalizzato e il rispetto delle sue esigenze nutrizionali specifiche.

Tra le tematiche affrontate, sono di grande attualità e 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.

L'intento è quello di garantire sia la sicurezza alimentare che quella nutrizionale, talvolta trascurata anche per la scarsa presenza di Unità Operative di Dietetica e Nutrizione clinica nell'ambito del SSN.

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 e costituire, quindi, una "malattia nella malattia". L'aspetto nutrizionale è parte di una visione strategica più ampia del percorso di salute all'interno di un'attività assistenziale e clinica di qualità.

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.

Il Ministero della salute, nell'ottica di migliorare la qualità del servizio, la soddisfazione e lo stato di salute del paziente intende monitorare la situazione, valutare il riscontro e l'efficacia delle presenti Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera e assistenziale, anche attivando una *Rete* nazionale.

## 2. INTERVENTO NUTRIZIONALE

---

L'intervento nutrizionale ha come obiettivo quello di mantenere e promuovere la salute nel soggetto sano, mentre nel soggetto affetto da patologia ha finalità terapeutiche specifiche e/o di prevenzione delle complicanze.

A tal fine è di fondamentale importanza che l'ospedale provveda a dotarsi di un Prontuario dietetico che preveda:

***vitto comune:*** un insieme di menù fruibili in tutte le situazioni che non richiedono un trattamento dietetico particolare con ricette standardizzate, a composizione bromatologia definita e ripetibili, articolato su almeno 15 giorni, con alternanza stagionale e privilegiando i prodotti del territorio, le tradizioni locali, relative ai giorni festivi o a ricorrenze nelle quali sia previsto il consumo di cibi particolari.

***diete standard:*** schemi dietoterapeutici adatti a specifiche patologie con caratteristiche bromatologiche precodificate. Tali diete devono essere codificate sulla scorta delle caratteristiche nutrizionali e non della patologia. Vanno allestite, quando possibile, con i piatti dell'alimentazione comune opportunamente adattati e combinati. In questo modo si garantisce una maggiore accettazione della restrizione dietetica da parte del paziente, che si sente meno discriminato, e si consente, inoltre, una migliore organizzazione a livello di cucina.

- ***ipocalorica:*** è indicata per obesità, sovrappeso, diabete, dislipemie.
- ***iper calorica:*** è indicata nei pazienti con fabbisogno energetico aumentato (es.: puerpere che allattano, giovani con frattura ossa lunghe, politraumatizzati, ustionati).;
- ***priva di glutine:*** è indicata per i pazienti affetti da morbo celiaco; tale dieta prevede l'uso di alimenti senza glutine.
- ***ipoproteica:*** è indicata per i pazienti affetti da insufficienza renale cronica e nelle fasi di scompenso acuto delle epatopatie con encefalopatia porto-sistemica;

- *a ridotto apporto di fibre e di lattosio*: è indicata in alcuni casi di diarrea acuta, di riacutizzazione di diverticolite intestinale, nella preparazione di alcune indagini diagnostiche sull'apparato digerente, nella fase di preparazione alla chirurgia colica;
- *per disfagia*: è indicata nei pazienti con deficit della masticazione (es. anziani, anoressici) e in pazienti che presentano problemi meccanici o funzionali di deglutizione;
- *di rialimentazione*: è indicata dopo digiuno prolungato (es. interventi chirurgici, sospensione dell'alimentazione per patologie gastro-enteriche, ecc.);

**ad personam**: schemi dietoterapeutici ricettati individualmente, per soggetti con problematiche nutrizionali complesse. Le diete ad personam vengono prescritte dallo specialista in Nutrizione clinica, calcolate dal dietista ed allestite utilizzando grammature, alimenti e modalità di preparazioni specifiche.

### 3. MALNUTRIZIONE

---

Per malnutrizione si intende una condizione di alterazione funzionale, strutturale e di sviluppo dell'organismo, conseguente allo squilibrio tra fabbisogni, introiti e utilizzazione dei nutrienti, tale da comportare un eccesso di morbilità e mortalità e/o un'alterazione della qualità di vita.

Si riconoscono due grosse tipologie di malnutrizione: per eccesso e per difetto che incrementano la vulnerabilità del paziente aumentando le complicanze, condizionando negativamente i risultati delle terapie, incrementando i tempi di degenza e comportando un aumento dei costi annuali ospedalieri quantificato in diverse realtà nazionali.

La malnutrizione si riscontra già al momento del ricovero in un'alta percentuale di pazienti e aumenta ulteriormente nel corso del ricovero stesso. Studi nazionali hanno messo in evidenza che il vitto viene considerato fondamentale dal paziente per il miglioramento dello stato di salute.

La malnutrizione dell'anziano è fortemente correlata all'ambiente in cui vive. I dati epidemiologici infatti dimostrano una prevalenza della malnutrizione proteico-energetica (PEM) che aumenta per gli anziani che vivono nelle lungodegenze rispetto a quanti vivono nel loro domicilio.

I fattori di rischio di malnutrizione sono essenzialmente riconducibili a problematiche nutrizionali, cliniche, neuro-psichiatriche e sociali.

### 4. SCREENING DEL RISCHIO NUTRIZIONALE

---

La valutazione del rischio nutrizionale del paziente effettuata al momento del ricovero ed ai successivi monitoraggi consente di contrastare l'instaurarsi di stati di malnutrizione ospedaliera e/o di correggere situazioni di malnutrizione precedenti. Strumenti efficaci nell'individuazione di soggetti a rischio di malnutrizione sono gli indici di malnutrizione integrati, che consentono una precoce valutazione del rischio nutrizionale.

E' comunque sempre necessario rilevare al momento dell'accettazione in reparto statura e peso corporeo e monitorare quest'ultimo durante la degenza.

Lo screening nutrizionale può essere utilizzato da infermieri, dietisti e medici all'ingresso in reparto.

## 5. TERAPIA NUTRIZIONALE

---

Lo screening nutrizionale evidenzia pazienti normo-nutriti o con grado di rischio minimo e pazienti nutrizionalmente vulnerabili con grado di rischio medio/elevato.

Gli strumenti a disposizione per la terapia nutrizionale sono il Dietetico ospedaliero, l'integrazione nutrizionale con prodotti dietetici specifici e la Nutrizione Artificiale.

## 6. RISTORAZIONE OSPEDALIERA ED EXTRA OSPEDALIERA

---

In base alle caratteristiche della struttura devono essere prescelte le diverse modalità di preparazione e di distribuzione dei pasti, ognuna delle quali richiede specifiche procedure al fine di ottenere una ristorazione ottimale. In relazione alle risorse di cui si dispone e/o che si decide di utilizzare si opta per una gestione interna all'azienda o gestione esterna o gestione mista.

Indipendentemente dal tipo di gestione prescelto, ogni attività svolta deve essere prevista nel capitolato del servizio di ristorazione. La tecnica di preparazione del vitto può basarsi su sistema tradizionale o *fresco-caldo* o convenzionale, congelato o sistema *cook and freeze*, refrigerato o *cook and chill*, sistema misto.

Il capitolato è parte integrante della ristorazione ed è l'unico strumento in grado di prevenire elementi di discrezionalità ed episodi di contenzioso con le ditte appaltatrici.

Esso va redatto dal Servizio di Economato, con la stretta collaborazione della Unità Operativa di Dietetica e Nutrizione clinica e della Direzione Sanitaria ospedaliera e, per quanto riguarda il territorio, con la collaborazione dei SIAN.

E' necessario che il capitolato disciplini, nella sua totalità, il piano organizzativo dell'intero processo e che l'affidamento del servizio venga effettuato in conformità alle disposizioni di cui al D.L. 12 aprile 2006 n. 163 (c.d. Codice degli appalti) e successive modifiche.

Parte integrante del capitolato è il Dietetico ospedaliero redatto dalla U.O. di Dietetica e Nutrizione clinica.

Il Dietetico, indispensabile per pianificare ed ottimizzare l'intervento nutrizionale in ambito ospedaliero, deve contenere indicazioni dietetiche per vitto comune e diete elaborate considerando le diverse esigenze nutrizionali dei degenti. Il Dietetico inoltre, deve essere di facile lettura e consultazione.

La raccolta delle diete deve essere accompagnata dalle indicazioni dietoterapiche e dalla composizione bromatologica.

E' opportuno che anche le strutture territoriali si dotino di tale strumento terapeutico.

Il servizio di ristorazione in ambito ospedaliero si avvale dell' U.O. di Dietetica e Nutrizione clinica, dell'Economato, della Direzione Sanitaria; le specifiche competenze sono elencate in tabella.

Tenuto conto che la popolazione anziana è in aumento e i bisogni dell'anziano sono diversi e complessi, al fine di contenere le spese, in accordo con le politiche assistenziali dell'UE, a livello nazionale si tende a sviluppare un sistema organico di servizi a favore della persona che prevede:

Residenze sanitarie assistenziali e case per anziani autosufficienti e non autosufficienti: destinatari sono le persone ultra sessantacinquenni con diversi gradi di disabilità.

Assistenza domiciliare e assistenza domiciliare integrata: per persone che hanno bisogno d'aiuto per la cura o l'igiene della persona o per lo svolgimento di normali attività quotidiane.

Centro diurno sociosanitario: consente all'anziano, anche in condizione di rilevante gravità, di rimanere nel proprio ambiente familiare e sociale. Esso ha finalità prevalentemente assistenziali (cura della persona e della promozione dell'autonomia personale) e riabilitative, svolgendo anche attività di tipo sociale (animazione, terapia occupazionale e socializzazione).

Comunità alloggio per anziani: è un servizio socio assistenziale di tipo residenziale di ridotte dimensioni, con l'obiettivo di creare una vita comunitaria parzialmente auto gestita con l'appoggio dei servizi territoriali.

Nelle strutture assistenziali extraospedaliere gli attori coinvolti sono: i S.I.A.N., i Servizi Econoato, il Personale Medico e Parasanitario, la U.O. di Dietetica e Nutrizione clinica, con compiti specifici riportati nella tabella.

## 7. FABBISOGNI NUTRIZIONALI

---

Al momento, si ritiene che i fabbisogni nutrizionali delle persone ricoverate normonutrite siano comparabili a quelli della popolazione generale di età, sesso e peso corporeo simili, con specifici adeguamenti da apportare in presenza di malnutrizione proteico-energetica e/o patologie associate (specialmente in caso di ipercatabolismo) secondo quanto indicato nei testi di riferimento dedicati a tali condizioni. In particolare il dispendio energetico può essere calcolato utilizzando le formule dei L.A.R.N. o in alternativa quelle di Harris-Benedict, tenendo conto del Livello di Attività Fisica e del fattore correttivo di malattia.

La valutazione del fabbisogno proteico va effettuata tenendo presente lo stato di nutrizione ed eventuali patologie ipercataboliche associate. Nei casi in cui sarà necessario aumentare l'apporto proteico è fondamentale monitorare efficacia e funzionalità renale.

In assenza di perdite patologiche, è necessario controllare il bilancio idrico, con maggiore attenzione nei pazienti anziani, somministrando fluidi in caso di disidratazione.

I fabbisogni di minerali e vitamine da fornire sono quelli raccomandati dai L.A.R.N., e vanno aumentati se sono presenti condizioni ipercataboliche o sulla base dei riscontri biochimici disponibili.

## 8. ASPETTI QUALITATIVI

---

Qualità totale è un modello organizzativo adottato da tutte le aziende leader mondiali e rappresenta una svolta importante nella gestione della qualità. Secondo questo approccio, tutta l'impresa deve essere coinvolta nel raggiungimento dell'obiettivo (*mission*). Ciò comporta anche il coinvolgimento e la mobilitazione dei dipendenti e la riduzione degli sprechi in un'ottica di ottimizzazione degli sforzi. La qualità deve essere valutata utilizzando una serie di indicatori e cioè variabili che consentono di descrivere fenomeni complessi e di prendere decisioni per ottenere cambiamenti o stabilizzare risultati.

Nella norma UNI EN ISO 9004:2000 (e 9000:2005) sono stati definiti gli otto principi di gestione per la qualità: orientamento al cliente, leadership, coinvolgimento del personale, approccio per processi, approccio sistemico alla gestione, miglioramento continuo tramite: aggiornamento, rapporto di ascolto con il cliente, ogni piccolo miglioramento là dove sia possibile, controllo dei processi, innovazione, decisioni basate sui dati di fatto: analisi vendite, statistiche e analisi di marketing, feedback dai clienti, indicatori macro e micro-economici, rapporti di reciproco beneficio coi fornitori.

Un ruolo essenziale ha in questo settore l'U.O. di Dietetica e Nutrizione clinica che tramite i processi relativi alla ristorazione e la pratica clinico-nutrizionale può pianificare e svolgere una intensa sorveglianza nutrizionale, essenziale per il raggiungimento della qualità totale.

Nella nuova cultura sanitaria assume notevole importanza il coinvolgimento dei pazienti nei processi di cura. La soddisfazione del cliente è un argomento non secondario ed è centrale nel tema della qualità

Il ruolo attivo dei pazienti favorisce quindi una maggiore attenzione alla prevenzione dei rischi e rafforza il rapporto di fiducia tra il cittadino e il sistema sanitario

In questa ottica, assume particolare rilievo la Carta dei Servizi Sanitari. Essa rappresenta il patto tra le strutture del SSN e i cittadini, e per quanto attiene alla ristorazione deve fornire ampie e chiare informazioni sui servizi offerti e sulla modalità di erogazione degli stessi.

Il paziente cliente deve quindi essere informato su tutto quanto attiene ai pasti, dalla loro composizione al sistema di prenotazione e distribuzione.

La carta deve essere consegnata al momento del ricovero ed essere di facile e semplice lettura.

## **9. FORMAZIONE**

---

Il miglioramento della qualità della ristorazione deve prevedere un programma di formazione esteso a tutto il personale, che deve prendere atto dei contenuti delle presenti Linee di Indirizzo. I contenuti devono promuovere l'apprendimento delle conoscenze igienico-sanitarie, legislative, dietetiche e nutrizionali, diretti al personale delle ditte fornitrici, a quello impegnato nella preparazione dei pasti, al personale dell'economato e dei reparti di degenza ed infine al personale specializzato dei servizi di dietetica ed ai clinici al fine di implementare le loro conoscenze sulle problematiche relative alla ristorazione.

## **10. STRATEGIE DI COMUNICAZIONE**

---

È necessario identificare le modalità più efficaci per la corretta comunicazione alla popolazione attraverso: l'identificazione dei gruppi sociali e/o professionali, la definizione del livello culturale, la definizione delle modalità di trasferimento delle conoscenze e di diffusione dell'informazione.

I soggetti coinvolti appartengono, sostanzialmente, a gruppi definiti.

La trasmissione delle conoscenze deve consentire, a ciascun gruppo coinvolto, di divenire parte attiva nel processo di trasformazione delle modalità di ristorazione ospedaliera e assistenziale e, successivamente, di garantire il mantenimento del livello raggiunto e di promuoverne miglioramenti. È necessario quindi adottare strategie di "accesso e diffusione" o di "trasmissione lineare". Tali modalità hanno come obiettivo: nel primo caso quello di rendere partecipi dell'oggetto della comunicazione tutti i membri della popolazione, o gruppi generici (ad esempio gli anziani) e, nel caso della "trasmissione lineare", indirizzare la comunicazione ad un particolare gruppo "qualificato" (medici, sanitari in genere, politici), implicando la necessità di trasmettere un sapere specializzato.

## **11. RETE NAZIONALE INERENTE IL SERVIZIO DI RISTORAZIONE**

---

Nell'ottica di valutare il riscontro e l'efficacia delle Linee di indirizzo nazionali per la ristorazione ospedaliera e assistenziale nelle Aziende Sanitarie Ospedaliere e Aziende Sanitarie Locali, si intende attivare una Rete nazionale delle Aziende Sanitarie, in particolare delle Direzioni Sanitarie, ospedaliere e/o territoriali, delle Strutture di ricovero e cura, pubbliche e private, delle Regioni, finalizzata a monitorare la qualità del servizio, la soddisfazione e lo stato di salute del paziente ed i costi sanitari e di gestione. Successivamente, tenendo conto delle esigenze e/o problematiche evidenziate nelle varie realtà, si potrà intervenire con una revisione/successiva edizione delle Linee di indirizzo. La raccolta dati va effettuata a cadenza periodica, a cura delle Direzioni Sanitarie Aziendali ed inoltrata alla Direzione Generale della Sicurezza degli Alimenti e della Nutrizione del Ministero della Salute, che attiverà un apposito sito per la loro pubblicazione e successiva valutazione.

In prima istanza, tra i dati di interesse vi sono:

- presenza nella ASO/ASL di U.O. di Dietetica e Nutrizione clinica, specificando il personale assegnato (medici specialisti in scienza dell'alimentazione, dietisti),
- dotazione strumentale di base presente in ogni reparto/struttura assistenziale (bilancia pesapersone, antropometro, sollevatore con dinamometro per persone immobilizzate),
- rilevazione dello stato nutrizionale all'accettazione in reparto/struttura assistenziale effettuata abitualmente e ripetuta durante il ricovero,
- valutazione nutrizionale,
- Dietetico con specifica della tipologia di diete e della composizione bromatologica del menù del vitto comune, diete standard ovvero schemi dietoterapeutici adatti a specifiche patologie con caratteristiche bromatologiche codificate sulla scorta delle caratteristiche nutrizionali,
- malnutrizione rilevata all'ingresso e alla dimissione,
- terapia nutrizionale: dietetica, integrazione con dietetici, NE, NP centrale e periferica,
- terapia nutrizionale post-dimissione: dietetica, NE, NP,
- tipo di gestione del servizio, sistema di preparazione e di distribuzione,
- modalità e tempi di prenotazione, locali dedicati al consumo dei pasti,
- rilevazione ingesta, modalità e frequenza,
- individuazione di figure che aiutano l'utente non autosufficiente e modalità di attivazione,
- rilevazione della soddisfazione dell'utente, modalità e frequenza,
- valutazione delle criticità e interventi per eliminarle, modalità e frequenza,
- carta del servizio ristorazione,
- costo della giornata alimentare,
- distributori automatici presenti nella struttura,
- presenza della mensa per i dipendenti, modalità di prenotazione e scelte alternative,
- presenza della mensa per i visitatori, modalità di prenotazione e scelte alternative.