r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte

REGIONE PIEMONTE

PREVENZIONE PIEMONTE

PROPOSTE OPERATIVE PER LA RISTORAZIONE OSPEDALIERA E ASSISTENZIALE DELLA REGIONE PIEMONTE

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte

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)*

Gruppo 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)*
- 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 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)*

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte

REGIONE PIEMONTE

PREVENZIONE PIEMONTE

PROPOSTE OPERATIVE PER LA RISTORAZIONE OSPEDALIERA E ASSISTENZIALE DELLA REGIONE PIEMONTE

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi 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

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente copia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è conservato negli archivi di Regione Piemonte

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte

1. La ristorazione ospedaliera in Regione Piemonte

Nel 2003, in occasione della stesura delle precedenti Linee di Indirizzo, la Regione Piemonte (Settore Igiene e Sanità Pubblica) in collaborazione con la Rete Regionale delle SC di Dietetica e Nutrizione Clinica ha condotto un'indagine conoscitiva sulla ristorazione nelle strutture ospedaliere pubbliche regionali, attraverso l'invio alle Direzioni Sanitarie di un questionario specifico. L'obiettivo dell'indagine era quello di fotografare le realtà della ristorazione ospedaliera del Piemonte.
Nel 2022, a distanza di quasi 20 anni, è stato riproposto un questionario per rilevare l'attuale stato dell'arte della ristorazione ospedaliera piemontese, verificarne i cambiamenti degli ultimi due decenni ed identificare eventuali trend di cambiamento.
I questionari in particolare indagano aspetti organizzativi del servizio (tipologia di cucina, processo di produzione e distribuzione dei pasti, prenotazione), caratteristiche nutrizionali (composizione del dietetico, spuntini, composizione bromatologica) e di controllo (qualità, formazione, scarti).
All'indagine del 2022 hanno risposto 40 presidi ospedalieri, rappresentativi di tutte le province del Piemonte, con copertura superiore al 90% dei posti letti regionali (9402 su 11241) ed un numero di pasti complessivo giornaliero di oltre 20000 unità.
Nel confronto con i dati del 2003 si registra un netto calo dei presidi con gestione diretta della cucina interna (da 40% a 15%), a fronte di un incremento degli appalti esterni. Questi ultimi nel 23% dei casi prevedono l'utilizzo di una cucina interna appaltata e nei restanti casi l'utilizzo di una cucina esterna centralizzata/centro di cottura (Figura 1).
Questo cambiamento ha portato ad una variazione anche nei processi di produzione e confezionamento dei pasti; se vent'anni fa veniva impiegato esclusivamente il legame fresco caldo, oggi il 40% delle strutture usufruisce del servizio cook and chill.
In tutti i presidi è prevista la prenotazione dei pasti, nel 75% è gestita in modalità informatica, nel 25% in maniera cartacea.

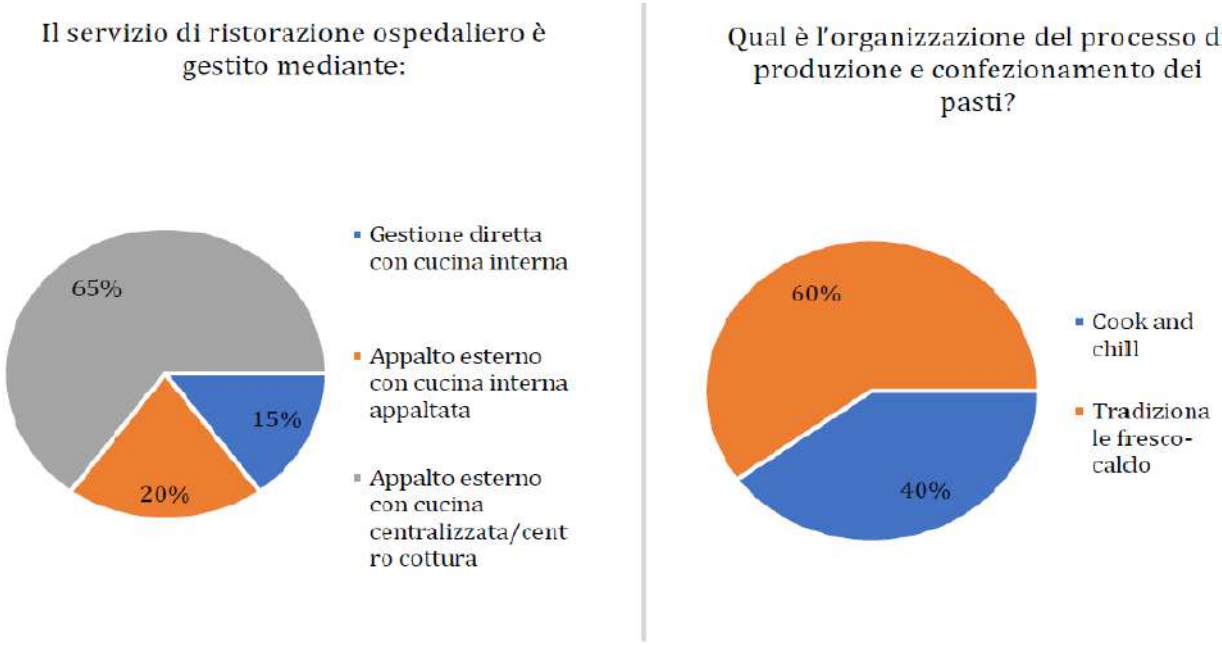


Figura 1

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte.

Analizzando il dietetico, la disponibilità delle diete standard è molto disomogenea (Figura 2). Oltre al vitto comune tutti gli ospedali garantiscono la dieta di consistenza modificata, la dieta iposodica, la dieta ipoproteica e la dieta priva di glutine. La merenda non è abitudine diffusa (50%) ma sono quasi sempre disponibili generi di conforto da poter fornire su richiesta.
Sono stabili i dati sulla disponibilità della composizione bromatologica del vitto comune (presente nell'87% dei casi) e per la rotazione settimanale e stagionale (presente nel 100% dei casi). Il ricettario è disponibile nel 93% dei presidi, l'elenco degli allergeni nell'83%.

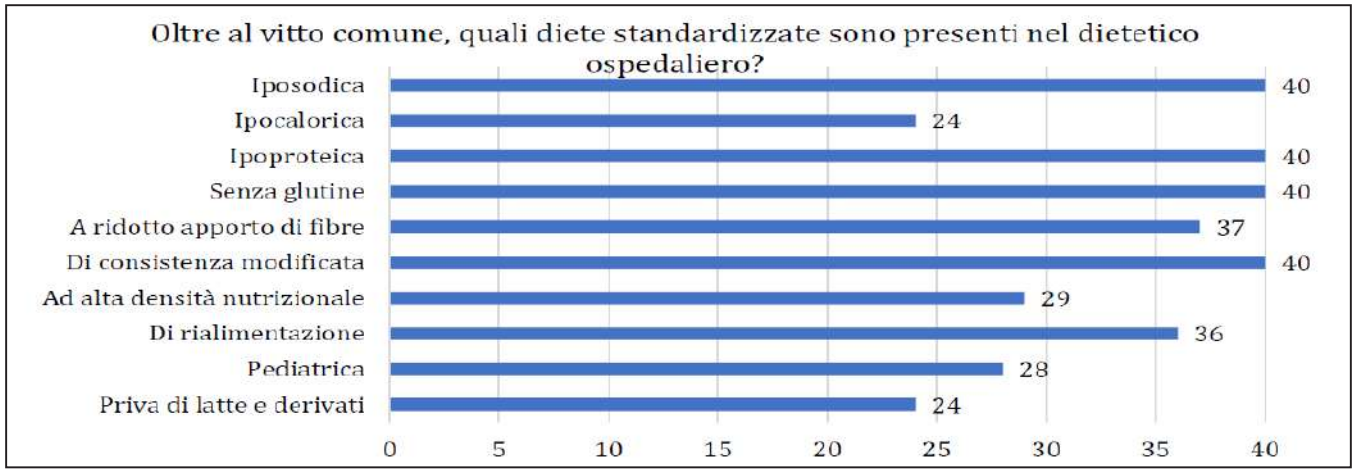


Figura 2

Anche rispetto alle attività di controllo e monitoraggio vi è una estrema eterogeneità (Tabella 1), se il controllo delle grammature (85%) e delle temperature (93%) sono pratica comune, meno strutture effettuano controlli microbiologici (53%) o bromatologici (23%).
Il personale ospedaliero viene formato per il corretto utilizzo del dietetico nel 53% dei casi, il gradimento del pasto è valutato periodicamente nel 75% dei casi ed il monitoraggio degli scarti è abitudine in pochi ospedali (8%).
In un'ottica di sostenibilità le eccedenze alimentari giornaliere non utilizzate vengono ricollocate nel 35% dei casi.

Attività di formazione e controllo		
Item investigato	Presente (%)	Assente (%)
Formazione del personale ospedaliero sulla ristorazione ospedaliera	53	47
Questionari di gradimento dei pasti	75	25
Monitoraggio degli scarti	8	92
Riutilizzo delle eccedenze giornaliere	35	65
Controllo delle porzioni	85	15
Controllo delle temperature dei pasti	93	7
Controllo microbiologico dei pasti	53	47
Controllo bromatologico dei piatti	23	77

Tabella 1

L'analisi dei servizi di ristorazione ospedaliera della Regione Piemonte ha mostrato notevoli cambiamenti dal 2003 al 2022, in particolare i centri con gestione diretta interna della cucina ospedaliera sono quasi scomparsi. L'indagine del 2022 ha poi evidenziato una situazione molto disomogenea anche all'interno della stessa Regione, soprattutto per quanto riguarda la disponibilità di diete standard e i metodi di controllo. Inoltre, molto ancora deve ancora essere fatto per quanto riguarda la misurazione dello spreco alimentare e la ricollocazione del cibo in eccesso. Le presenti Proposte Operative hanno l'ambizioso obiettivo di limitare quanto possibile questa disomogeneità, tuttavia saranno necessari ulteriori studi per comprendere a pieno quale tipologia di servizio di ristorazione sia il migliore per i pazienti, per le aziende sanitarie e per l'ambiente.

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte

2. La Malnutrizione

La malnutrizione, 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".
Recentemente FAO ed OMS hanno ridefinito la malnutrizione identificandone tre forme:
- la malnutrizione per difetto, determinata da un cronico deficit calorico e di nutrienti rispetto ai fabbisogni giornalieri, con conseguente manifestazione di una condizione di sottopeso e potenziale danno d'organi;
- la malnutrizione per eccesso, determinata da un protratto bilancio energetico positivo, con conseguente manifestazione di una condizione di sovrappeso o obesità che, a sua volta predispone all'insorgenza di numerose altre comorbilità;
- la malnutrizione per carenza di micronutrienti, determinata dall'insufficiente assunzione di vitamine ed oligonutrienti.

Come ben evidenziato dalla letteratura, i dati disponibili ci aiutano solo in parte alla definizione reale del problema, per la mancanza di cultura, strumenti e occasioni di riconoscimento della malnutrizione. La nutrizione deve uscire da quell'"area grigia", in cui la mancata definizione del problema e la carenza di competenze specifiche non consentono di assumere soluzioni concrete con ricadute effettive nella pratica clinica e assistenziale.
Il mancato riconoscimento della malnutrizione ha costi individuali e comunitari molto elevati in termini di qualità ed aspettativa di vita ed aumento dei costi sanitari diretti e indiretti.
Il servizio di ristorazione è uno dei principali strumenti per la prevenzione e il trattamento della malnutrizione nei pazienti ricoverati o istituzionalizzati, notoriamente a maggior rischio nutrizionale.
Le presenti proposte operative hanno l'obiettivo di fornire un metodo di lavoro comune, da adattare ai vari contesti operativi, che consenta di offrire agli utenti un servizio di ristorazione di qualità e di sicurezza.

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.

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.

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte

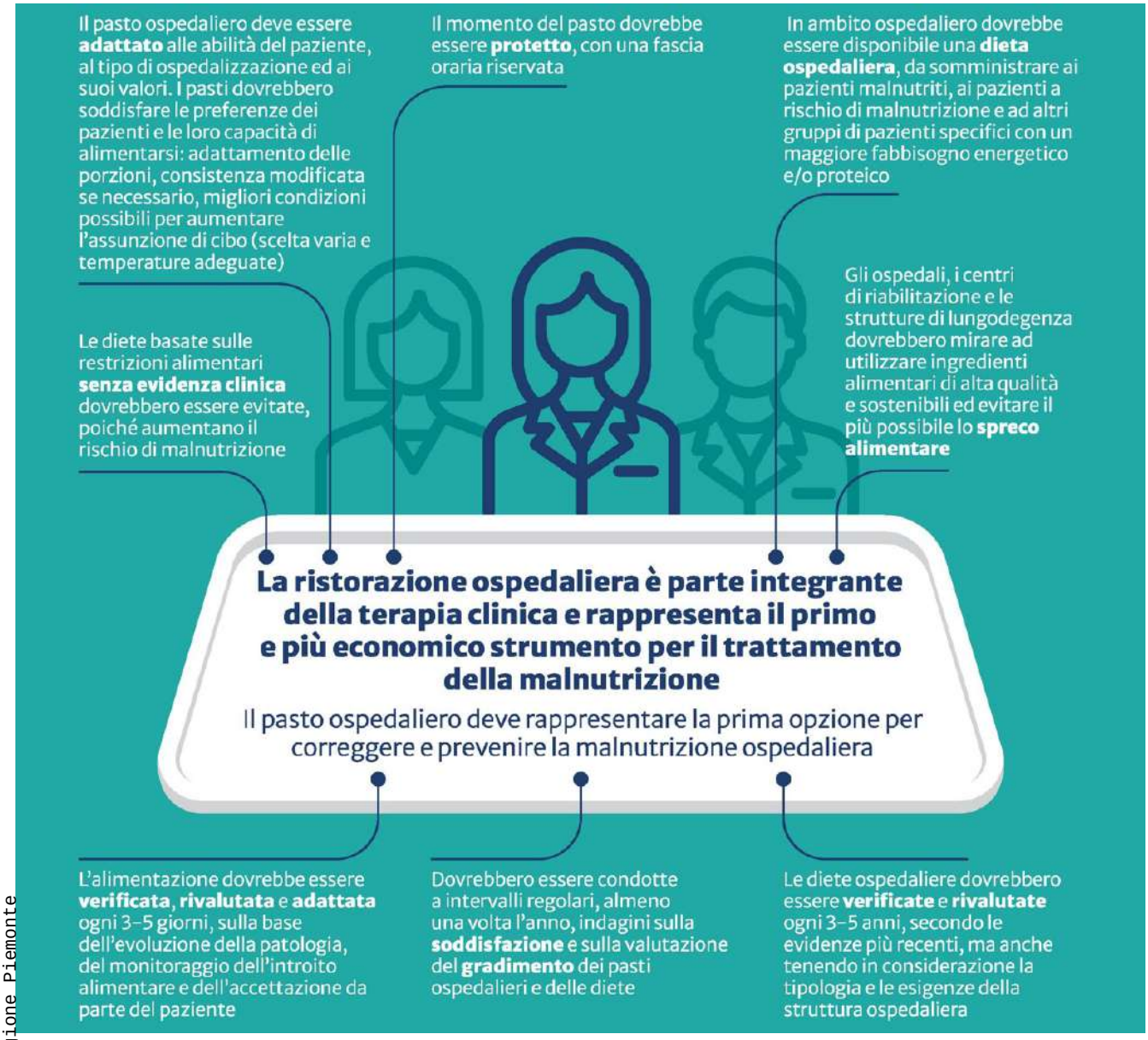


Figura 3. Fonte: SINPE e ASAND

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.

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
stituito negli archivi della Regione Piemonte

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 (vd. Paragrafo 2.3) e il corretto utilizzo del dietetico ospedaliero (vd. Paragrafo 4).

2.2 La malnutrizione in ambito assistenziale

In Italia nei presidi socioassistenziali e sociosanitari sono ospitate oltre 380.000 persone di cui oltre il 75% ha più di 65 anni e più della metà di queste sono grandi anziani. Inoltre, i dati attestano che i due terzi dei soggetti istituzionalizzati non sono autosufficienti. In questo particolare setting di cura, il rischio nutrizionale è aumentato e influenza lo stato di salute e l'andamento clinico sia dei soggetti anziani sia di quelli più giovani.

Negli anziani istituzionalizzati la malnutrizione per difetto è più frequente: la sua prevalenza può raggiungere l'80% in presenza di deterioramento funzionale o cognitivo. Essa influisce sulla qualità della vita aumentando il rischio di fragilità, disabilità e mortalità e rappresenta un costo diretto e indiretto per la società.

Se da un lato molti studi mostrano un aumento del tasso di malnutrizione per difetto negli anziani istituzionalizzati, altri hanno evidenziato, per contro, un aumento di sovrappeso o obesità, entrambe questioni importanti in termini di effetti sulla salute dei residenti delle strutture di lungodegenza che richiedono attenzione nella gestione del paziente e nell'assistenza sanitaria.

Nonostante l'eccesso di peso sia associato a peggiori esiti clinici in età giovanile e adulta, una letteratura in crescita dimostra che il suo impatto negativo sulla salute può attenuarsi o addirittura invertirsi con l'invecchiamento. Tuttavia, quando sovrappeso e obesità si associano ad una fisiologica o patologica perdita di massa muscolare, tipiche dell'anziano o di condizioni cliniche sfavorevoli, si può innescare una condizione nota come obesità sarcopenica che determina outcomes clinici negativi per il soggetto. La prevenzione e l'identificazione di questa condizione richiedono sensibilità e competenze specifiche da parte degli operatori sanitari che sono a contatto con il paziente.

Fattori determinanti nella prevenzione della malnutrizione dei soggetti istituzionalizzati sono la qualità del servizio di ristorazione, l'utilizzo di strumenti di screening appropriati e la formazione del personale.

2.3 Screening del rischio nutrizionale

Gli aspetti nutrizionali devono essere presenti di routine nella valutazione multidimensionale del soggetto ospedalizzato o istituzionalizzato, attraverso l'uso di definiti e validati strumenti di screening.

Lo screening nutrizionale è una procedura non invasiva, fondamentale e necessaria sia per la popolazione generale che per i diversi ambiti clinici (ricoveri ospedalieri, strutture assistenziali): è un percorso di primo orientamento per la rapida valutazione di fattori di rischio per la malnutrizione per difetto e/o di altre problematiche nutrizionali.

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 o in struttura 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,
- ogni 3 mesi nelle strutture residenziali per i degenti che presentano condizioni cliniche stabili;
- 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.

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).

Per i pazienti con limitata autosufficienza occorre garantire un vassoio personalizzato o comunque particolari attenzioni (eventuali ausili dedicati e packaging adeguati) che facilitino il consumo del pasto, mantenendo quanto più possibile l'autonomia residua.

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato nella archivi di Regione Piemonte

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte

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

Figura 4

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte

3. Organizzazione del servizio di ristorazione

La ristorazione collettiva svolge un ruolo importante in ambito sanitario, rappresentando uno strumento indispensabile nella prevenzione e nella cura della malnutrizione, e costituisce un aspetto rilevante del comfort. L'organizzazione di un servizio di ristorazione deve quindi porsi obiettivi ben precisi, senza lasciare spazio all'improvvisazione, al fine di raggiungere un livello ottimale sia in termini di qualità nutrizionale, sia di qualità sensoriale.

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

Per raggiungere tale scopo occorre considerare i seguenti punti:

- 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 menù presentino scelte adeguate a soddisfare i gusti, le abitudini e le necessità dei soggetti;
- 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;
- è auspicabile una flessibilità di fruizione del cibo;
- è molto importante l'incoraggiamento al consumo del pasto e l'eventuale aiuto da parte del personale addetto.

Per una gestione efficace è necessaria una stretta cooperazione tra gli operatori del servizio di ristorazione ed il personale sanitario ed assistenziale ed è fondamentale che siano chiaramente definiti i ruoli specifici e le responsabilità di tutti gli operatori coinvolti. È inoltre auspicabile il coinvolgimento in tutte le fasi (stesura del capitolato di appalto, organizzazione, gestione e controllo) di personale qualificato con specifiche competenze nutrizionali (medici specialisti in scienze dell'alimentazione, dietisti), tecnologi alimentari (per gli aspetti merceologici, tecnologici, impiantistici e logistici) e cuochi formati nella ristorazione collettiva (per gli aspetti gastronomici e per garantire il rispetto delle caratteristiche nutrizionali e sensoriali delle pietanze).

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.

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

- le strutture e le risorse di cui si dispone;
- 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 e le esigenze alimentari specifiche.

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 cliniche e/o dovute a ragioni culturali, religiose, etiche;
- rispetto dell'ambiente e delle risorse in tutte le fasi della ristorazione;
- sostenibilità a livello economico con garanzia di qualità.

È opportuno realizzare una standardizzazione delle principali procedure operative del

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte

servizio di ristorazione.
Le procedure attinenti alle diverse fasi del servizio di ristorazione comprendono:

- approvvigionamento, stoccaggio, corretta conservazione e manipolazione di tutte le derrate alimentari;
- preparazione e distribuzione dei pasti (colazione, pranzo, cena, eventuali spuntini) con carrelli e dispenser idonei;
- ritiro, pulizia ed igienizzazione di vassoi e stoviglie (qualora non monouso);
- lavaggio del materiale strumentale, oltre a quello di cucina utilizzato per la preparazione, il confezionamento e il trasporto;
- pulizia, sanificazione e riordino dei locali, degli impianti, delle attrezzature e dei veicoli utilizzati, dopo ogni utilizzo 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;
- applicazione della normativa HACCP e assunzione delle 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.

Le cucine devono essere organizzate sulla base delle 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, è necessario che i locali di lavorazione siano separati tra di loro. In fase di progettazione, la scelta del sistema migliore deve tenere in considerazione gli aspetti economici, organizzativi e logistici dello specifico contesto operativo. Laddove la progettazione degli spazi non avviene ex novo è opportuno effettuare una riorganizzazione, anche periodica, sulla base delle necessità effettive del servizio.
Esistono diverse modalità di preparazione e di distribuzione dei pasti. La scelta del sistema migliore deve essere frutto di considerazioni di tipo economico, organizzativo, logistico relative alla specificità della struttura.
Presupponendo per ogni sistema la stessa accuratezza nell'applicazione del sistema HACCP e lo stesso standard qualitativo, verranno di seguito presi in esami i singoli sistemi, sottolineandone vantaggi e svantaggi.

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;

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte

- 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.

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).

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.

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;
- spersonalizzazione del rapporto "utente/operatore del servizio";

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi della Regione Piemonte

- rischio di scadimento nutrizionale, qualitativo e organolettico dei cibi nel caso in cui la rete distributiva sia troppo estesa.

Vi è ancora un caso in cui la "cucina centrale" è una struttura che può essere rappresentata da:

- un semplice snodo logistico di approvvigionamento nel quale vengono preparati i prodotti intermedi di preparazione che verranno refrigerati o congelati e inviati alla logistica secondaria, che sarà dotata di una vera e propria cucina per il completamento della preparazione del pasto;
- una cucina nella quale vengono preparati i pasti finiti, che verranno refrigerati o congelati per poi essere rinvenuti presso le cucine periferiche. A seconda del livello di lavorazioni che vi vengono effettuate, le cucine possono presentare diverse dotazioni in particolare una disponibilità sufficiente di abbattitori termici, apparecchi frigoriferi, diversi da quelli utilizzati per il congelamento, da impiegare per la conservazione dei prodotti congelati muniti di strumenti per la rilevazione della temperatura.

3.2 Legami produttivi utilizzati nella ristorazione collettiva

Pasto a legame espresso (cook&serve): letteralmente "cucinare e servire", pasto che dopo la sua produzione (a caldo o a freddo, in funzione della ricetta) è direttamente e rapidamente distribuito.

Vantaggi:

- qualità organolettica potenzialmente ottima;
- rapido feedback sulla palatabilità del menù.

Svantaggi:

- difficilmente realizzabile se non in piccole strutture;
- necessità di maggiore personale di cucina per la produzione ripetuta (colazione, pranzo, cena) dei pasti;
- scarsa flessibilità dell'offerta giornaliera del menù.

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;

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte

- 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 isotermia 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, irradiamento, 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).

Pasto a legame congelato (cook&freeze): letteralmente "cucinare e congelare", pasto che dopo la sua produzione è congelato (processo più lento della surgelazione) mediante abbattimento della temperatura (temperature tra gli 0 ° C e i -15 ° C) ed è successivamente riportato in temperatura mantenendo, nello spazio e nel tempo, le condizioni termiche sino alla somministrazione (65 ° C al consumo).

Pasto a legame surgelato (cook&deep-freeze): letteralmente "cucinare e surgelare", pasto che dopo la sua produzione subisce un processo di rapida surgelazione (-18°C/-22°C al cuore del prodotto in 3 ore). In fase iniziale la temperatura di raffreddamento è inferiore ai –80 °C. Il pasto surgelato viene di seguito stoccato a bassa temperatura (-20° C) e rigenerato

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte

termicamente (70 ° C al cuore dell'alimento) per il consumo mantenendo, nello spazio e nel tempo, le condizioni termiche sino alla somministrazione.

Vantaggi:
- ottimizzazione della produzione e dei costi;
- economia di materie prime: acquisto di prodotti nel periodo di massima produzione;
- la rapidità di raffreddamento della surgelazione rispetto alla congelazione determina la formazione di micro-cristalli di acqua che non danneggiano la struttura biologica dell'alimento.

Svantaggi:
- alti consumi energetici;
- necessità di attrezzature adeguate e correttamente utilizzate per preservare la qualità del prodotto e l'adeguato scongelamento;
- trasporto effettuato solo con automezzi refrigerati;
- minore scelta gastronomica in menù, poiché solo con alcuni alimenti è possibile utilizzare tale metodica;
- maggiore perdita di acqua e sostanze nutritive del pasto a legame congelato per la formazione di cristalli di ghiaccio più grandi;
- maggior rischio di ridotta qualità organolettica;
- maggiore impatto ambientale associato alla "catena del freddo", sia in termini di consumo energetico e conseguente emissioni di CO2 generate direttamente dagli impianti (magazzini frigoriferi, camion refrigerati), sia da emissioni dirette, dovute cioè alle perdite di gas refrigeranti anch'essi capaci di contribuire all'effetto serra.

Pasto a legame sottovuoto (cook in bag/sous-vide): pasto le cui materie prime o semilavorati sono confezionati sottovuoto, quindi cotti a basse temperature e raffreddati mediante abbattimento rapido e successivamente rigenerati termicamente, mantenendo nel tempo e nello spazio, le condizioni termiche sino alla somministrazione.

Vantaggi:
- migliori caratteristiche organolettiche dei cibi (colore, profumo);
- migliore profilo nutrizionale degli alimenti;
- food cost vantaggioso per minore calo peso dell'alimento in fase di cottura.

Svantaggi:
- necessità di una bassa temperatura di conservazione (da 0 a 3 °C);
- impossibilità di utilizzo per tutte le preparazioni (es. primo piatto).

Pasto a legame misto: combinazione di due o più legami descritti per produrre, mantenere, distribuire e somministrare il pasto.

3.3 Confezionamento, trasporto e distribuzione dei pasti

Il centro di cottura deve effettuare tutte le manipolazioni necessarie alla realizzazione del prodotto finito.

Confezionamento

Il confezionamento può avvenire secondo due modalità:

- pasto monoporzione;
- pasto multiporzione che viene collocato in apposito contenitore termico in attesa di essere suddiviso nelle singole porzioni presso la logistica secondaria.

È 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.

Trasporto

- Deve essere effettuato riducendo al minimo il tempo di percorrenza e conseguentemente, nel caso del legame caldo, lo stazionamento dei pasti, garantendo oltre alla qualità igienico-sanitaria anche quella organolettica;
- deve garantire integrità ed igienicità delle confezioni e mantenimento delle temperature dei pasti;
- i mezzi di trasporto devono essere idonei, adibiti esclusivamente al trasporto di alimenti, a basso impatto ambientale, in conformità a quanto previsto dal codice degli appalti e dai criteri minimi ambientali vigenti (vd. Paragrafo 6.2.1);
- la sanificazione dei mezzi di trasporto deve essere prevista nel piano di autocontrollo, al fine di evitare contaminazione crociata.

Distribuzione

- Il pasto deve essere servito in vassoi personalizzati, consegnati con carrelli isotermici che si differenziano in base al legame produttivo utilizzato;
- l'allestimento del vassoio deve essere curato anche per aiutare l'appetibilità (scelta dei colori, cura nella presentazione, etc.); occorre prevedere la fornitura di stoviglie ed accessori necessari al consumo del pasto (posate, bicchieri, tovagliolo) preferibilmente lavabili e riutilizzabili e adeguati al livello di autonomia fisica e mentale del degente.

Comunicazioni sul vitto all'utenza

- Promuovere la redazione della Carta del Servizio di Ristorazione rivolta ai degenti e ai loro famigliari in cui siano dichiarati gli standard qualitativi del servizio e le informazioni che ne facilitano la fruizione;
- le attività di comunicazione col paziente, espresse con la Carta del Servizio di Ristorazione, 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;
- informazioni sulla giornata alimentare devono essere disponibili in maniera comprensibile e chiara anche mediante l'uso di simboli e disegni o con la consultazione del menù con navigazione interattiva e la visualizzazione degli allergeni presenti nei piatti del menù;
- al fine di favorire scelte consapevoli, nel menù i piatti non devono essere identificati con denominazioni di fantasia ma indicare gli ingredienti principali.

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente copia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è conservato negli archivi di Regione Piemonte

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi della Regione Piemonte.

Prenotazione dei pasti

- La possibilità di scelta da parte degli utenti/pazienti del pasto giornaliero può favorire la prevenzione e cura della malnutrizione;
- il sistema di prenotazione dei pasti che trova maggiore applicazione è quello informatizzato in quanto permette di ridurre drasticamente gli errori nei processi di acquisizione e trasmissione dei dati raccolti, garantendo inoltre la sicurezza e riservatezza delle informazioni;
- è necessario adottare sistemi che consentano l'identificazione/rintracciabilità dei pasti (es. codici a barra sui vassoi o piatti confezionati);
- ogni degente deve poter prenotare i pasti secondo i suoi gusti, nei limiti delle sue esigenze cliniche;
- la prenotazione del pasto dovrebbe essere flessibile e consentire la possibilità di una variazione dell'ordinazione anche a breve distanza dalla distribuzione;
- occorre pianificare una formazione specifica per il personale addetto alla prenotazione del vitto ed in generale di tutti i soggetti coinvolti.

3.4 Orari dei pasti

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 e devono essere chiaramente definiti e rispettati. Indicativamente:

- colazione non prima delle 7.00 (entro le 9.00);
- pranzo non prima delle 12.00 (entro le 13.00);
- cena non prima delle 18.30 (entro le 20.00).

Il servizio deve garantire la fruizione del pasto anche ai pazienti non presenti al momento della distribuzione con modalità di distribuzione atte a garantire la salubrità del pasto e l'idoneità sensoriale (es. nel caso in cui il paziente non si trovi in camera al momento del pasto per visite o esami diagnostici).

È auspicabile un'organizzazione flessibile che preveda la possibilità di consumare cibi e bevande al di fuori dei pasti previsti. Inoltre va previsto, laddove possibile, un locale per il consumo dei pasti diverso dalla stanza di degenza, per permettere ai pazienti che possono abbandonare il letto di pranzare con un miglior confort anche di tipo psicologico e per sottolineare l'importanza che viene attribuita al pasto. Per alcune tipologie di pazienti, in particolare nel setting assistenziale, sarebbe auspicabile prevedere la possibilità di poter far pranzare i degenti insieme ad eventuali parenti/amici.

3.5 Apporto idrico giornaliero

L'idratazione adeguata è associata a una diminuzione del rischio di outcome avversi, per cui la prevenzione e il trattamento della disidratazione porterebbero benefici e ridurrebbero i costi dell'assistenza sanitaria: assicurare la giusta quantità di liquidi nell'arco della giornata è pertanto fondamentale e quindi si consiglia di:

- fornire almeno 1,5 litri di acqua al giorno;
- prevedere durante la mattinata e nel pomeriggio la somministrazione di liquidi, offrendo bevande calde (caffè, thè, tisane).

Nei pazienti che presentano disfagia ai liquidi deve essere garantita la copertura del fabbisogno idrico mediante la fornitura di liquidi addensati che potrà essere gestita dal personale di reparto oppure gestita dal servizio di ristorazione qualora espressamente indicato nel capitolato d'appalto.

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte

4. Aspetti nutrizionali del 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 o assistenziale.
Rappresenta un mezzo valido per pianificare ed ottimizzare l'intervento nutrizionale consentendo di conciliare le esigenze nutrizionali con quelle tecnico-amministrative.
Il dietetico prevede un vitto comune e diete standard elaborate considerando le condizioni cliniche prevalenti e le esigenze nutrizionali/culturali dei pazienti ricoverati o degli utenti delle strutture assistenziali.
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.

Nella Ristorazione Assistenziale, data la lunga permanenza degli ospiti, è fondamentale considerare anche l'importanza dell'aspetto conviviale dell'alimentazione. Per questa ragione, è possibile inserire saltuariamente (massimo 1-2 volte al mese) dei pasti "speciali", ad esempio in occasione delle festività, per favorire tradizione e convivialità. Per tali pasti, la ripartizione dei nutrienti può essere diversa rispetto a quella indicata.

Sono previste tre macrocategorie di diete/pasti per soddisfare le differenti esigenze nutrizionali:

- il vitto comune: rappresentato da un insieme di menu fruibili in tutte le condizioni che non richiedono un trattamento dietetico specifico;
- le diete standard: schemi dietoterapeutici con caratteristiche nutrizionali definite adatti a specifiche esigenze per le quali siano indicate modificazioni dietetiche;
- le diete ad personam: schemi dietoterapeutici personalizzati per soggetti con problematiche nutrizionali complesse, che necessitano di schemi individuali. Le diete ad personam vengono formulate ed elaborate da personale esperto (dietista) prevedendo grammature e/o alimenti e/o modalità di allestimento specifiche.

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte

4.1 Il vitto comune dei soggetti adulti

Il vitto comune deve soddisfare le esigenze nutrizionali dei soggetti che non presentino condizioni per le quali sia indicata una specifica terapia dietetica. Il vitto comune dovrebbe essere adattato al setting di cura e alle caratteristiche dell'utenza a cui è indirizzato, tenuto conto che vi sono ambiti in cui è prioritaria la prevenzione del rischio di malnutrizione per difetto (es. ospedali, strutture per anziani o fragili) e setting in cui è invece più importante la prevenzione del rischio di malnutrizione per eccesso (es. comunità o strutture per pazienti giovani non acuti). Per questo motivo si rende necessaria la suddivisione del vitto comune nelle due varianti "sanitario" e "mediterraneo".

4.1.1 Vitto Comune Sanitario

Indicazioni

Il vitto comune sanitario è indicato per tutti i pazienti ospedalizzati e le strutture assistenziali che ospitano pazienti con più di 65 anni, pazienti con una patologia acuta o cronica a rischio di o con malnutrizione o con stress metabolico correlato a patologia.

Caratteristiche

Il vitto comune sanitario deve:

- assicurare un apporto di 1800-2200 kcal giornaliere;
- 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.

Nella Tabella 2 viene definito un esempio di giornata alimentare per il vitto comune sanitario dei pazienti adulti.

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 Pastina in brodo o semolino

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte

Secondo piatto del giorno (alternare secondo le diverse tipologie di secondo piatto*)	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
Privilegiare piatti e preparazioni gustose, anche con condimenti elaborati, per incentivarne il consumo.	

Tabella 2

Dal momento che sono presenti molte alternative che non sono tra loro equicaloriche ed equiproteiche, occorre prestare attenzione all'abbinamento delle scelte del menù per garantire apporti nel range di adeguatezza: non tutti gli abbinamenti delle scelte possibili assicurano apporti giornalieri di 1800-2200 kcal, come mostrato in Tabella 3.

ESEMPI DI POSSIBILI SCELTE E RELATIVO APPORTO CALORICO			
COLAZIONE	The	Latte intero	Latte intero
	Fette biscottate	Fette biscottate	Fette biscottate
	Marmellata	Marmellata	Marmellata
	Zucchero	Zucchero	Zucchero
PRANZO	Pastina in brodo	Primo piatto asciutto	Primo piatto asciutto
	Prosciutto cotto	Platessa gratinata alle erbette	Lonza di maiale al forno
	Verdura	Verdura	Verdura
	Mousse di mela	Frutta fresca	Budino
	Pane	Pane	Pane
	Olio e parmigiano	Olio e parmigiano	Olio e parmigiano

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte

CENA	Pastina in brodo	Pastina in brodo	Primo piatto asciutto
	Pesce al vapore	Scaloppina di pollo al limone	Formaggio a pasta molle
	Verdura	Verdura	Verdura
	Mousse di mela	Frutta fresca	Frutta fresca
	Pane	Pane	Pane
	Olio e parmigiano	Olio e parmigiano	Olio e parmigiano
Apporti calorici	1600 kcal	1900 kcal	2200 kcal

Tabella 3

4.1.2 Vitto Comune Mediterraneo

Indicazioni

Il vitto comune mediterraneo è indicato principalmente per pazienti giovani senza stress metabolico correlato a patologie. In questo ambito i pasti diventano anche momento formativo, educando all'acquisizione di abitudini alimentari corrette.

Caratteristiche

Il vitto comune mediterraneo deve:

- assicurare un apporto di 1800-2000 kcal giornaliere;
- avere una ripartizione in macronutrienti pari a: proteine 15-20% delle calorie totali, lipidi 30-35% delle calorie totali (saturi < 10%) e glucidi 50-60% delle calorie totali (zuccheri a rapido assorbimento < 10%);
- avere un contenuto di fibre non inferiore a 25 g/die;
- 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'assunzione di verdura, legumi, frutta, e cereali integrali;
- ridurre il consumo di alimenti ultra-processati, zuccheri a rapido assorbimento, grassi saturi;
- moderare l'apporto di sale (massimo 5 g/die complessivi), prediligendo l'uso di sale iodato;
- essere ispirato alla stagionalità e alle tradizioni locali.

I piatti unici contenenti proteine animali (es. ragù di carne o di pesce, formaggi, pasta ripiena, lasagne/cannelloni, ecc.) potrebbero essere abbinati a:

- una porzione ridotta di secondo piatto, oppure
- un secondo piatto a ridotto contenuto proteico (es. legumi, uova, ricotta, ecc.).

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte

Nella Tabella 4 viene definito un esempio di giornata alimentare per il vitto comune mediterraneo dei pazienti adulti.

ESEMPIO DI GIORNATA ALIMENTARE PER IL VITTO COMUNE MEDITERRANEO	
COLAZIONE/MERENDA (menu standard)	SCELTE AGGIUNTIVE
Latte vaccino	Latte delattosato, yogurt
Bevanda tipo caffè	Tè, orzo
Pane	Fette biscottate, cereali, biscotti
Altro	Frutta secca Zucchero, miele, marmellata, dolcificante
PRANZO E CENA (menu standard)	SCELTE AGGIUNTIVE
Primo piatto del giorno (asciutto a pranzo, in brodo a cena)	Pasta o riso in bianco Minestra o zuppa Pastina in brodo o semolino Purea di patate o patate lesse
Secondo piatto del giorno, rispettando le frequenze indicate per ciascuna fonte proteica*	Pollo/manzo/pesce lesso o al vapore Formaggio fresco Legumi
Contorno del giorno	Verdura cotta o cruda
Frutta fresca di stagione	Frutta cotta o frullata Yogurt Dolce 1 volta alla settimana
Pane	Grissini
Condimenti	Olio, limone, aceto, parmigiano, sale
Acqua minerale	Naturale o frizzante
Si raccomanda di privilegiare l'utilizzo di pasta, cereali e prodotti da forno integrali. Preferire preparazioni con condimenti e sughi poco elaborati.	

Tabella 4

Sia per il vitto sanitario che per il vitto mediterraneo, per quanto riguarda la rotazione dei secondi piatti, si consiglia di rispettare le seguenti frequenze di consumo settimanale suggerite (su 14 pasti):

- carne rossa 1-2 volte;
- carne bianca 2 volte;
- pesce 2-3 volte;
- legumi 2-3 volte;
- uova 2 volte;
- formaggio 2-3 volte;
- affettati 0-1 volta.

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte

Le scelte aggiuntive (almeno una per ogni portata principale), sia per il vitto sanitario che per il mediterraneo, sono da intendersi alimenti alternativi che devono essere presenti nel menù per soddisfare le preferenze dell'utenza e garantire appropriati apporti nutrizionali; per quanto riguarda l'ambito assistenziale, proprio per la loro variabilità, non vengono considerate parte integrante nel menù standard che deve essere inviato alle ASL per la valutazione del Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN) (vedere cap. 7.3.1).

4.2 Diete standard

Le diete standard sono destinate a soggetti con esigenze specifiche per le quali siano indicate modificazioni dietetiche rispetto al vitto comune, ma che non richiedono formulazioni dietetiche personalizzate (vd. Allegato 6).
Per le diete standard dovrebbe essere privilegiata la denominazione relativa alle specifiche caratteristiche nutrizionali piuttosto che quella relativa alla patologia (es. utilizzare la dicitura "dieta senza glutine" e non "dieta per celiachia").
Il menù delle diete standard deve essere formulato, quando possibile, a partire dal menù del vitto comune (menu del giorno e/o piatti fissi), modificando le ricette nella consistenza degli alimenti (semiliquida, semisolida, solida-morbida) o nel contenuto di alcuni nutrienti/alimenti (ad esempio il sodio, le calorie, il glutine, la fibra, il lattosio, ecc).
Questa modalità di allestimento delle diete standard garantisce una maggiore accettazione della restrizione dietetica da parte del paziente/utente e consente inoltre una migliore organizzazione a livello di ristorazione.
Le diete standard minime suggerite, che ogni struttura dovrebbe predisporre, sono elencate nella Tabella 5.

Diete standard minime suggerite da predisporre in base al setting di cura		
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

Tabella 5

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte

ATTENZIONE – Dieta ipoproteica
La dieta ipoproteica, precedentemente inserita nelle diete standard, deve rientrare tra le diete ad personam. La terapia dietetica dell'insufficienza renale cronica è infatti strettamente correlata al quadro clinico e alle misure antropometriche del soggetto, pertanto necessita di prescrizione specialistica nefrologica e successiva elaborazione personalizzata. In fase acuta di malattia, l'utilizzo della dieta ipoproteica non è indicato poiché aumenta il rischio di catabolismo proteico e malnutrizione.

Nel setting ospedaliero, i presidi ad alta complessità, possono prevedere diete standard aggiuntive a seconda della tipologia di specialità presenti nella struttura.
Non è comunque opportuno eccedere nel numero di diete standardizzate, spesso non giustificate scientificamente, che rendono inutilmente complicato il lavoro per la cucina.

ATTENZIONE
Le linee guida internazionali raccomandano che la combinazione di più diete terapeutiche (>2) non dovrebbe essere prescritta, in quanto aumenta il rischio di assunzione alimentare insufficiente e di malnutrizione.

4.2.1 Dieta senza glutine

Indicazioni: è indicata nei pazienti affetti da morbo celiaco e patologie croniche causate dall'intolleranza al glutine.

Caratteristiche:

- normo-calorica e normo-proteica;
- prevede tutte le scelte del vitto comune con l'impiego di:
  - cereali naturalmente privi di glutine,
  - alimenti appartenenti a categorie alimentari non a rischio per i celiaci,
  - alimenti specificatamente formulati per i celiaci,
  - alimenti inseriti nel Registro Nazionale oppure riportanti la dicitura "senza glutine" o il marchio a spiga sbarrata;
- le fasi di approvvigionamento, stoccaggio, preparazione, cottura e distribuzione del cibo seguono procedure specifiche atte a evitare contaminazioni anche con sole tracce di glutine;
- la preparazione di tutti gli alimenti inclusi in questa dieta deve avvenire in zona dedicata oppure in una zona sottoposta preventivamente ad accurata pulizia, in modo da evitare che gli alimenti in preparazione siano contaminati da glutine.

4.2.2 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.

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato agli archivi di Regione Piemonte

4.2.3 Dieta iposodica

Indicazioni: è indicata in caso di insufficienza cardiaca scompensata e nella cirrosi epatica con scompenso ascitico. Deve essere somministrata su prescrizione medica specialistica.

Caratteristiche:

- normo-calorica e normo-proteica;
- apporto di sodio controllato: 1600 mg/die (NaCl 4 g/die);
- la restrizione di sodio si ottiene evitando l'utilizzo di sale da cucina (cloruro di sodio) ai cibi durante preparazione e cottura, e limitando o escludendo alimenti particolarmente ricchi di sodio, come formaggi stagionati, salumi, alimenti conservati;
- prevede la fornitura di sale nella dose di 1 g al giorno ad uso discrezionale.

La dieta iposodica apporta 1600 mg di Na (4 g di NaCl) che comprende il sale contenuto negli alimenti e quello fornito ad uso discrezionale (400 mg di Na ovvero 1 g di NaCl).
Se vengono usati pane o grissini iposodici, è possibile portare il sale discrezionale a 800 mg di Na (2 g di NaCl).
L'eventuale impiego di restrizioni maggiori di NaCl possono associarsi a maggior rischio di malnutrizione a causa della ridotta palatabilità dei piatti.

4.2.4 Dieta a ridotto apporto di fibra e lattosio

Indicazioni: è indicata nella preparazione di alcuni test diagnostici strumentali, nella riacutizzazione di diverticolite intestinale e malattie infiammatorie croniche intestinali, nelle fistole intestinali ad alta portata, nelle stenosi intestinali sintomatiche.

Caratteristiche:

- dieta normo-calorica e normo-proteica;
- a contenuto ridotto di fibra (fibra <10 g);
- a contenuto ridotto di lattosio.

Deve essere utilizzata transitoriamente in quanto può risultare carente nell'apporto di vitamine e minerali e poco variabile dal punto di vista qualitativo.

4.2.5 Dieta di rialimentazione

Indicazioni: è indicata nella rialimentazione postoperatoria in seguito a interventi di chirurgia addominale maggiore o dopo digiuno prolungato o nella rialimentazione post pancreatite acuta.

Caratteristiche:

- dieta frazionata di piccolo volume (4-5 pasti) per facilitare la tolleranza alla ripresa alimentare e il raggiungimento degli obiettivi nutrizionali più rapidamente;
- a ridotto contenuto di fibra alimentare;
- apporto di lattosio inizialmente ridotto;
- preferibile la presenza di scelte/alternative morbide;
- prevede due livelli di dieta con quote proteiche e caloriche gradualmente aumentate;

- entrambi i livelli devono garantire la presenza del secondo piatto con proteine ad alto valore biologico;
- utile pianificare spuntini con alimenti proteici per facilitare il raggiungimento della quota proteica.

A titolo esemplificativo:
- livello 1: apporto calorico di 1000-1200 kcal, apporto proteico 40-60 g
- livello 2: apporto calorico di 1400-1600 kcal, apporto proteico 60-80 g

Deve essere utilizzata transitoriamente in quanto carente in macro e micronutrienti.

4.2.6 Dieta ipercalorica-iperproteica

Indicazioni: è indicata nei pazienti che necessitano di un maggiore fabbisogno di energia e/o proteine, nei pazienti con malattia acuta o cronica a rischio nutrizionale medio/alto o malnutriti o con stress metabolico correlato a patologia.

Caratteristiche:
- Garantire un apporto di >2400 kcal e 100 g di proteine;
- avere una ripartizione in macronutrienti pari a: proteine 20% delle calorie totali, lipidi 35-40% delle calorie totali e glucidi 45-50% delle calorie totali;
- frazionata in 5-6 pasti;
- ad alta densità calorico-proteica per garantire pasti di volume ridotto o al massimo invariato;
- l'obiettivo calorico-proteico può essere ottenuto con fortificazione delle preparazioni alimentari già presenti nel cosiddetto "vitto comune" mediante l'aggiunta di grassi, zuccheri e fonti proteiche nella forma di alimenti naturali in forma solida o liquida o sotto forma di farina, polvere, sciroppi ecc. (ad esempio latte in polvere, latticini, formaggi, grassi e zuccheri) o con possibilità di preparazioni gastronomiche dedicate;
- utilizzare spuntini (dolci o salati) che garantiscano una quota energetica pari a circa 250 kcal per ogni somministrazione.

4.2.7 Dieta ipocalorica

Indicazioni:
La dieta moderatamente ipocalorica è indicata nei pazienti con eccesso ponderale che hanno un'indicazione medica al calo di peso.

Caratteristiche:
- moderatamente ipocalorica (1600 Kcal) e normo-iperproteica (70-80 g);
- a ridotto apporto di zuccheri semplici (entro il 10% dell'apporto calorico giornaliero).

La dieta moderatamente ipocalorica deve garantire il fabbisogno di vitamine, minerali e fibra.
Le diete ipocaloriche non sono indicate in ospedale perché aumentano il rischio di malnutrizione correlato all'ospedalizzazione e agli eventi acuti.

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte

4.2.8 Diete di consistenza modificata

Indicazioni

Le diete di consistenza modificata sono indicate per il soggetto disfagico che, oltre a non assumere alimenti in quantità o qualità corrette, rischia che il cibo passi nelle vie respiratorie con conseguenze anche gravi come la polmonite ab ingestis. La modifica della consistenza degli alimenti e/o delle bevande è, quindi, un intervento importante che consente alle persone con disfagia di poter deglutire efficacemente e in sicurezza.

La disfagia, infatti, è un disturbo del processo deglutitorio, ovvero la condizione in cui il passaggio degli alimenti dalla bocca all'esofago risulta difficoltoso o non è eseguito in modo corretto. È un'anomalia complessa causata da diverse patologie mediche, chirurgiche o semplicemente dovuta all'età.

Caratteristiche nutrizionali e obiettivi delle diete a consistenza modificata

- Consistenza adeguata degli alimenti per garantire la sicurezza del paziente, evitando il rischio di aspirazione del cibo nelle vie respiratorie e di polmonite ab ingestis;
- adeguati apporti calorico-proteici al fine di prevenire e/o correggere uno stato di malnutrizione/disidratazione;
- cura nella presentazione dei piatti, proponendo cibi invitanti variando colori e sapori.

Risulta indispensabile la scelta di alimenti che presentino particolari caratteristiche fisiche e la loro combinazione in programmi dietetici giornalieri con contenuto corretto di acqua, calorie, proteine grassi, carboidrati, vitamine e minerali.

Caratteristiche fisiche degli alimenti e delle bevande

In base alla densità e alla consistenza, gli alimenti e le bevande vengono classificati in liquidi, liquidi densi, semiliquidi, semisolidi e solidi.

Esistono molte classificazioni delle consistenze. Nelle "Proposte operative per la ristorazione ospedaliera, scolastica e assistenziale" della Regione Piemonte del 2007 e nel PDTA della disfagia della Regione Piemonte del 2013 si faceva riferimento alla terminologia delle consistenze dei liquidi e alimenti definita dal GISD (Gruppo Italiano di Studio della Disfagia): per approfondimento vedi Allegato 5 del PDTA della disfagia della Regione Piemonte del 2013.

Attualmente il sistema standardizzato riconosciuto a livello internazionale per valutare e descrivere i diversi livelli di alimenti a consistenza modificata e dei liquidi addensati è la classificazione dell'"International Dysphagia Diet Standardisation Iniziative" o IDDSI (vd. Allegato 7). In queste proposte operative i livelli di consistenza vengono denominati utilizzando sia la terminologia della precedente classificazione definita dal GISD, sia quella corrispondente dell'IDDSI, per rendere più chiara l'equivalenza tra le due terminologie.

Nell'Allegato 8 vengono descritte le caratteristiche fisiche degli alimenti e delle bevande, suddivisi in base alla classificazione IDDSI e a quella corrispondente del GISD.

Tipi di diete di consistenza modificata

Nei pazienti con disfagia si raccomanda di garantire tre diversi tipi di diete di consistenza modificata: semiliquida, semisolida e solida/morbida.

L'indicazione a questi tre tipi di diete va posta tenendo presente le caratteristiche delle difficoltà di deglutizione che una certa patologia può determinare, in base alla fase di deglutizione e alla sede anatomica colpite dal deficit.

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte

Nelle strutture riabilitative e assistenziali è necessario che nel dietetico siano presenti almeno la dieta semisolida e la dieta solida/morbida o la presenza di scelte solido/morbide all'interno del vitto comune, con l'esclusione di cibi a doppia consistenza.
Nelle strutture ospedaliere, invece, in cui si possono avere pazienti con diversi tipi di disfagia, è opportuno che il dietetico offra tutti e tre i tipi di diete di consistenza modificata.
Le diete di consistenza modificata rappresentano una sfida per il servizio di ristorazione in termini di aspetti nutrizionali e sensoriali, poiché hanno solitamente una densità energetica ridotta.
Nel BOX 1 sono riportati i consigli generali per modificare la consistenza degli alimenti.

1. Dieta di consistenza semiliquida (secondo la classificazione GISD categoria B, secondo la classificazione IDDSI livello 3 sciropposo)

Indicazioni
È adatta per pazienti con capacità di preparazione orale anche molto ridotta, peristalsi esofagea diminuita e/o disfunzioni del muscolo cricofaringeo. È indicata anche in presenza di odinofagia.

Caratteristiche
Le caratteristiche generali corrispondono a quelle della dieta di consistenza semisolida (vedi punto 2) con la differenza che questo tipo di dieta si assume solo con il cucchiaio. Altre caratteristiche sono:

- scivola dal cucchiaio rapidamente, anche se più lentamente rispetto ai liquidi, consente maggior tempo per il controllo orale.
- non necessita di masticazione.
- non prevede cibi a pezzi o interi, cibi non compatti o che si sbriciolano o frantumano (es. carni tritate, riso, legumi interi, cracker, pane), cibi appiccicosi (es. stracchino).
- come esempi di alimenti idonei si segnalano: yogurt cremosi senza pezzi di frutta, creme di cereali (es creme primi mesi), creme dolci, creme di verdura, creme di legumi, puree di frutta e verdura, omogeneizzati di frutta, sorbetti, dessert cremosi.
- a causa della ridotta densità calorica tipica della dieta semiliquida, deve sempre prevedere un supporto nutrizionale artificiale, ad esempio l'utilizzo di integratori orali ipercalorici-iperproteici.

In Allegato 9 è indicato un esempio di dieta di consistenza semiliquida

2. Dieta di consistenza semisolida (secondo la classificazione GISD categoria C, secondo la classificazione IDDSI livello 4 cremoso)

Indicazioni
Pazienti con parziale incapacità nella preparazione orale del cibo, con motilità linguale notevolmente ridotta e/o con difetto del transito faringo-esofageo. Può essere utilizzata anche in presenza di masticazione dolorosa e/o odinofagia.

Caratteristiche

- È una dieta fluida omogenea, frullata/setacciata, da assumersi con il cucchiaio ma in alcuni casi di densità tale da poter essere assunta anche con la forchetta. Non necessita di masticazione.
- Gli alimenti idonei utilizzabili in questa dieta possono essere: passati di verdure, frullati, creme, yogurt cremosi, polenta, omogeneizzati di carne e derivati,

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte

omogeneizzati di pesce o di formaggi, formaggi freschi cremosi (ricotta, robiola), i flan, i budini, la panna cotta e le mousse dolci e/o salate.
- Per rendere più scivolosi gli alimenti si possono aggiungere condimenti come olio, burro, panna e salse.
- Sono controindicati alimenti in pezzi o interi, i cibi con doppia consistenza (ad es. minestrine, zuppe con crostini) o non compatti che si sbriciolano o si frantumano (ad es. carni tritate, riso, legumi, crackers, pane) e quelli appiccicosi (ad es. stracchino).

In Allegato 10 è indicato un esempio di dieta di consistenza semisolida.

3. Dieta di consistenza solida/morbida (secondo la classificazione GISD categoria D, secondo la classificazione IDDSI livello 5 tritato fine e morbido e livello 6 tenero-spezzettato)

Indicazioni

È adatta a pazienti con una fase di masticazione e/o deglutizione poco efficace per cui non sono indicati cibi solidi e a doppia consistenza. È idonea anche in presenza di edentulia, dolore o "fatigue" nella masticazione.

Caratteristiche

- È una dieta non frullata, non setacciata, senza doppie consistenze, riducibile a pezzetti o a purea con la forchetta.
- Richiede poca masticazione.
- I cibi devono essere soffici e cotti, devono essere eliminati i semi, le bucce e le parti filamentose o coriacee.
- Gli alimenti devono essere tagliati in pezzi piccoli o tritati: le dimensioni dei pezzetti non devono superare nei bambini i 2-8 mm e negli adulti 4-15 mm.
- L'uso di salse o creme può rendere più scivolosi gli alimenti.
- Non sono permessi i cibi secchi, croccanti o sbriciolabili, la frutta secca e oleosa, la frutta essiccata, le verdure crude.
- Come esempi di alimenti idonei si segnalano: pasta di piccolo formato molto cotta e ben condita, gnocchi di patate molto conditi, frittata, flan, formaggi morbidi, frutta cotta.
- Escludere: riso, minestrone a pezzi, legumi non frullati, carni asciutte, affettati crudi, verdure filacciose (spinaci, bietole, finocchi, costine, coste, insalata).

In Allegato 11 è indicato un esempio di dieta di consistenza solida/morbida.

Aspetti assistenziali nel soggetto con disfagia

Nei soggetti con disfagia, in cui c'è indicazione all'alimentazione con diete di consistenza modificata, sono di fondamentale importanza i seguenti aspetti in merito ai quali il personale dovrebbe essere periodicamente formato:

- strategie per facilitare l'assunzione del pasto e prevenire il rischio di soffocamento (BOX 2);
- prevenzione e/o correzione di un eventuale stato di malnutrizione/disidratazione aumentando gli apporti calorico-proteici con la dieta (BOX 3) e garantendo un'adeguata idratazione (BOX 4).

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte

CONSIGLI GENERALI PER MODIFICARE LA CONSISTENZA DEGLI ALIMENTI	
FRULLATURA	Filtrare tutti gli alimenti frullati per rimuovere i frustoli
	La carne deve essere ben cotta e tagliata in piccoli pezzi, o macinata, prima di essere frullata o omogeneizzata
	I liquidi devono essere aggiunti gradualmente: l'eccesso può modificare la consistenza ed il sapore dei cibi
	L'utilizzo del latte intero migliora la consistenza dei cibi frullati
	I cibi, dopo la frullatura e prima del consumo, dovrebbero essere refrigerati, poiché sono un facile terreno di coltura per la crescita batterica
MODIFICATORI DI CONSISTENZA	È possibile utilizzare additivi, allo scopo di modificare la consistenza degli alimenti
	È possibile utilizzare lubrificanti: olio, burro, salse, maionese, besciamella
	È possibile utilizzare diluenti (brodi, succhi di verdura o di frutta, latte) o addensanti naturali (fecole, amido di mais, farine istantanee per l'infanzia).

BOX 1

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, remettendo 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 cucchiaio, tenendo il capo leggermente flesso in avanti; si sconsiglia l'assunzione di liquidi dalla bottiglia, con cannuccia o siringa.
Eseguire 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

COME AUMENTARE LE QUOTE CALORICO-PROTEICHE DELLE DIETE E SODDISFARE I FABBISOGNI NUTRIZIONALI
Per aumentare la quota calorica, arricchire gli alimenti con olio o eventualmente, burro, panna, besciamella, maionese ed altri condimenti lipidici.

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte

Per aumentare la quota proteica arricchire le preparazioni con uova, latte e derivati, formaggi, carni, pesci e derivati.
Ad ogni pasto prediligere l'assunzione di alimenti proteici (carne, pesce, uova, formaggi, affettati), quindi del secondo piatto.
Il contorno di verdura va assunto solo dopo aver consumato le altre pietanze, sempre dopo averlo arricchito con olio e parmigiano.
Poiché le diete di consistenza modificata hanno una densità energetica ridotta, per i pazienti che consumano solo parzialmente i pasti (dal 50-al 75%) o che necessitano di apporti calorico-proteici più elevati, è opportuno integrare l'alimentazione con supplementi nutrizionali orali ad elevata densità calorica, nutrizionalmente completi, che possono presentarsi in forma liquida, semisolida oppure in polvere: questi ultimi possono essere incorporati agli alimenti rendendoli fortificati.
Per i pazienti con prolungati tempi di assunzione del pasto e/o con facile affaticabilità, che possono assumere una dieta solida/morbida, ma che difficilmente assumono i pasti per intero, è utile che questi vengano frazionati inserendo spuntini e prevedere "piatti unici", contenenti tutti i nutrienti in quantità adeguata; esempi di "piatti unici" indicati sono: cannelloni o lasagne al forno, torta pasqualina, gnocchi di ricotta, purea di patate al prosciutto.
Per i pazienti con disabilità cognitiva, che sono inabili all'utilizzo delle posate ma ancora autonomi, e che possono assumere una dieta solida/morbida, dovrebbero essere previsti i "finger food" ovvero alimenti che si possano mangiare con le mani. I "finger food" devono essere facili da maneggiare, non devono lasciare residui sulle dita, devono essere nutrienti e calorici. Esempi di finger food adeguati sono: muffin oppure bignè salati, arancini di riso, crocchette di verdure o legumi, bocconcini di frutta e cioccolato, sfoglia con frutta, bocconcini al tiramisù.
In assenza di una cucina interna prevedere una verifica di adeguatezza calorico-proteica e della consistenza dei pasti forniti da parte di personale qualificato. Nelle strutture ospedaliere in cui non è previsto un Servizio di Dietetica o non sono presenti foniatri/logopediste e nelle singole strutture assistenziali sarebbe auspicabile la presenza di un dietista e di un logopedista di riferimento per la verifica e il successivo monitoraggio degli apporti nutrizionali e della consistenza delle diete per disfagia.

BOX 3

STRATEGIE PER GARANTIRE UN'ADEGUATA IDRATAZIONE
Per prevenire il rischio di disidratazione, più frequente nei soggetti anziani con compromissione dello stato cognitivo, è opportuno prevedere, oltre al diario alimentare, anche il monitoraggio dell'idratazione.
In aggiunta ai liquidi assunti nella giornata come alimenti (ad esempio latte, minestre…) va garantita un'idratazione giornaliera di almeno 750 ml; possono essere utilizzati a tal fine oltre all'acqua anche tè, tisane, latte, succhi di frutta che, nei soggetti con disfagia dovranno essere opportunamente addensati con specifiche polveri addensanti o sostituiti con acqua gelificata pronta.

BOX 4

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte

5. Aspetti nutrizionali del Servizio di Ristorazione: specificità per pazienti pediatrici

La ristorazione collettiva in ambito pediatrico deve soddisfare le esigenze di una fascia di età molto ampia ed eterogenea, da 0 a 17 anni. Nei primi mesi di vita il latte materno è l'alimento ideale e preferibilmente esclusivo per il neonato e il lattante; con il divezzamento invece, si passa all'introduzione graduale di cibi solidi, fino a pasti paragonabili per varietà a quelli degli adulti ma con porzioni adeguate all'epoca di vita.

5.1 La malnutrizione in ambito pediatrico

La malnutrizione ospedaliera in ambito pediatrico è tutt'altro che rara. Come confermano i dati dell'Italian Pediatric Nutrition Survey 2017, la malnutrizione acuta (deficit ponderale) colpisce circa il 30% dei bambini e quella cronica (deficit staturale) circa il 16%. Entrambe le condizioni impattano non solo sugli esiti a breve termine ma anche su quelli a lungo termine. La prevalenza della malnutrizione è più elevata nelle fasce di età 0-6 anni, specialmente nei pazienti affetti da patologie croniche. L'ospedalizzazione è inoltre un fattore di rischio per lo sviluppo di malnutrizione anche nei piccoli pazienti affetti da patologie di lieve o media gravità.
Nel setting assistenziale si riscontrano casi di malnutrizione per difetto (come i sempre più frequenti Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione), ma soprattutto per eccesso. In questo contesto è necessario fare riferimento alle indicazioni per la dietetica di comunità per la popolazione pediatrica in generale.

5.2 Specificità del dietetico pediatrico

Il dietetico è uno strumento fondamentale sia per la prevenzione della malnutrizione che per l'efficacia dell'intervento dieto-terapeutico. In quest'ottica, il dietetico ospedaliero pediatrico dovrà soddisfare tre diverse esigenze nutrizionali:

1. vitto comune pediatrico, nella doppia modalità sanitaria e mediterranea (vd. Paragrafo 4.1), con allestimento dei menù che siano adeguati a:
   - fascia d'età,
   - copertura dei fabbisogni e apporto equilibrato di nutrienti,
   - varietà e gradevolezza degli alimenti;
2. diete standard, analogamente al dietetico per adulti;
3. dieta ad personam, più utilizzate rispetto alla ristorazione per adulti, per rispondere a esigenze cliniche e fisiologiche più eterogenee.

Le Linee Guida per una Sana Alimentazione riportano le frequenze di consumo e le quantità raccomandate per bambini ed adolescenti suddivise in molteplici fasce d'età, ma a livello pratico nella ristorazione collettiva si richiede la distinzione di almeno le seguenti fasce:

- 0-6 mesi;
- 6-12 mesi;
- 1-6 anni;
- 6-17 anni.

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte

5.3 Alimentazione 0-6 mesi

L'allattamento al seno rappresenta il metodo di alimentazione di scelta per il neonato dal primo al sesto mese di vita, secondo le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.
Il latte materno è un alimento funzionale, specie-specifico. Numerosi studi hanno dimostrato migliori outcome antropometrici e di salute in generale dei soggetti allattati al seno rispetto a quelli allattati artificialmente: minore predisposizione a infezioni e allergie, migliore sviluppo neuro-comportamentale, minore predisposizione a sviluppare sovrappeso e obesità.
In mancanza del latte materno è raccomandato l'utilizzo di formule lattee adeguate per età. Oltre ai fabbisogni nutrizionali garantiti dalle formule lattee "standard" esistono formule lattee speciali con diverso grado di idrolisi da utilizzare nei pazienti con allergia alle proteine del latte vaccino o affetti da malnutrizione o funzione gastrointestinale alterata oppure formule lattee ispessite con indicazione di utilizzo nei bambini affetti da reflusso gastroesofageo e formule lattee per neonati pretermine.

BANCA DEL LATTE

Nella Regione Piemonte, presso i principali ospedali pediatrici è presente la Banca del Latte, una struttura sanitaria creata con lo scopo di selezionare, raccogliere, trattare, conservare e distribuire il latte umano donato da mamme ritenute idonee, che verrà successivamente utilizzato per l'alimentazione dei propri ed altri bambini che non possono essere allattati al seno.

5.4 Alimentazione 6-12 mesi

Pur considerando che vi sono variazioni nei bisogni dei singoli bambini, il latte materno da solo non è sufficiente a soddisfare tutte le esigenze nutrizionali dei bambini dopo i 6 mesi. A partire da quest'età, sono necessari alimenti complementari in aggiunta.
Il divezzamento è da effettuare intorno ai 6 mesi (non prima delle 17 settimane e non dopo le 26 settimane) e comunque secondo le indicazioni del pediatra, poiché non esiste un momento preciso e uguale per tutti i lattanti.
Il servizio di ristorazione deve fornire per i bambini in divezzamento o appena divezzati preparazioni con alimenti frullati e con sapori diversificati. La base è costituita da un brodo o passato di verdure completata con una fonte proteica di origine animale o vegetale (carne, pesce, uova, legumi decorticati, formaggi, affettati), farine di cereali (crema di mais e tapioca, riso, semolino, ecc.) e olio extra vergine di oliva.
Nel primo anno di vita del bambino, sono da evitare:

- latte vaccino, per l'eccessivo apporto proteico e di grassi, ridotto apporto di ferro e composizione in micronutrienti non adeguata;
- sale e zucchero aggiunti;
- miele, per il rischio di presenza di spore del Clostridium Botulinum.

Entro i 9-12 mesi il bambino dovrebbe aver provato un'ampia varietà di cibi e di sapori, abituandosi progressivamente a consumare oltre al latte materno / formula, altri due pasti principali (pranzo e cena) e uno-due spuntini.

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi della Regione Piemonte

5.5 Alimentazione 1-6 anni

La fascia d'età tra 1 e i 6 anni ha esigenze nutrizionali particolari, sia dal punto di vista della quantità (porzioni più ridotte rispetto alla fascia d'età successiva, come evidenziato dalle Linee Guida; vd. Tabella 6 e Tabella 7) sia della qualità e in particolare in termini di consistenza.
Le Linee di indirizzo del Ministero della Salute per la prevenzione del soffocamento da cibo ricordano come il soffocamento da corpo estraneo costituisca una delle principali cause di morte nei bambini di età inferiore ai 3 anni, ma la quota di incidenti rimane elevata fino ai 14 anni di età. Gli alimenti costituiscono una delle cause principali di soffocamento in età pediatrica: tra il 60% e l'80% degli episodi di soffocamento è imputabile al cibo e la gravità è dipendente da specifiche caratteristiche di forma, consistenza e dimensioni dell'alimento. La prevenzione del soffocamento richiede una serie di azioni coordinate di programmazione sanitaria rivolta a tutti i soggetti coinvolti. Ad esempio, sarà importante nel capitolato d'appalto inserire la richiesta di adeguatezza delle consistenze e la ditta responsabile della preparazione dei pasti dovrà a sua volta fare una selezione dei fornitori e delle materie prime a garanzia della qualità dei prodotti (BOX 5).

A scopo preventivo si raccomanda di adottare semplici regole di preparazione che mirano a modificare la forma, la consistenza e le dimensioni degli alimenti pericolosi.
A titolo di esempio:

- verdure a foglia: vanno cotte fino a quando raggiungono una consistenza morbida e poi tritate finemente, prestando attenzione nel rimuovere filamenti e nervature;
- carne e pesce: vanno cotti fino a quando diventano morbidi e poi tagliati in piccoli pezzi, rimuovere nervature, filamenti, ossicini della carne e lische del pesce;
- legumi: cuocerli fino a quando sono abbastanza morbidi da poterli schiacciare con una forchetta;
- alimenti di forma cilindrica (ad esempio carote): tagliare prima in lunghezza (a listarelle) e poi in pezzi più piccoli (circa 5 mm), non a rondelle;
- prevedere pasta di piccolo formato.

BOX 5

5.6 Alimentazione 6-17 anni

Nella fascia d'età che va dai 6 ai 17 anni i soggetti hanno già acquisito le capacità masticatorie e deglutitorie, salvo presenza di patologia. Il vitto comune è quindi sovrapponibile a livello qualitativo a quello degli adulti, mentre a livello quantitativo si rimanda alla Tabella 6.
Nel setting assistenziale, dove è maggiormente frequente la malnutrizione per eccesso, si suggerisce una maggior attenzione alla scelta del vitto, privilegiando quello mediterraneo, controllando le porzioni, evitando bis e snack extra.

Tipologia di alimento	Età 1- 6 anni	Età 6-17 anni
Latte vaccino	200 ml	200 ml
Yogurt	125 g	125 g
Pasta, riso, altri cereali	50 g	100 g
Pane	40 g	50 g

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi della Regione Piemonte

Prodotti da forno e cereali da colazione	30 g	50 g
Patate	100 g	200 g
Verdura di stagione	40 g insalate 120 da cuocere	50 g insalate 200 da cuocere
Frutta fresca di stagione	80 g	150 g
Formaggio	40 g formaggio fino al 25% di grassi 20 g formaggio con più del 25% di grassi	100 g formaggio fino al 25% di grassi 50 g formaggio con più del 25% di grassi
Pesce	60 g	150 g
Carne	45 g	100 g
Uova	50 g	50 g
Legumi	60 g freschi 20 g secchi	120 g freschi 40 g secchi

Tabella 6

Fascia di età	Calorie (kcal)	Proteine (%)	Lipidi (%)	Carboidrati (%)	Sale (g)
0-6 mesi	Latte materno/formula				
6-12 mesi	600-800 kcal	15-20%	40%	45-60%	No sale aggiunto
1-6 anni	900-1500 kcal	15-20%	35-40%	45-60%	2-3 g
6-17 anni*	1600-2600 kcal	15-20%	20-35%	45-60%	4-5 g

Tabella 7. Composizione bromatologica del vitto comune pediatrico.

* In considerazione dell'ampio range dei fabbisogni calorici tipico della fascia 6-17 anni, è possibile optare per una suddivisione in più categorie di età (es. 6-13 anni e 14-17 anni) dedicando porzioni adeguate a ciascuna categoria, oppure utilizzare il vitto comune per adulti con l'aggiunta di eventuali integrazioni dove necessario.

Distribuzione dei pasti

Per quanto riguarda la distribuzione dei pasti, si consiglia la seguente suddivisione calorica:

- colazione 15-20%
- spuntino 5%
- pranzo 35-40%
- merenda 5-10%
- cena 30%

Dovranno essere previsti spuntini di metà mattina e di metà pomeriggio nonché generi di conforto, da stoccare in ogni singolo reparto. Di seguito alcuni esempi:

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte.

Pane + barretta di cioccolato	50 g 25-30 g
Yogurt intero alla frutta + fette biscottate/biscotti	125 g 25-30 g
Focaccia/pizza	50 g
Budino gusti vari + fette biscottate	110 g 25-30 g
Omogeneizzato di frutta + biscotti per l'infanzia	80 g 50 g
Panino + confettura	50 g 25 g
Gelato confezionato	80-100 g
Succo di frutta 1° infanzia + biscotti per l'infanzia	120 ml 50 g
Merendina allo yogurt e frutta	30-40 g
Composta di frutta + fette biscottate	100 g 25-30 g
Latte UHT intero + biscotti per l'infanzia	200 ml 50 g
Succo di frutta + biscotti	200 ml 30 g
Pane + formaggino	50 g 25-30 g

È bene disporre di varie scelte, in particolare nel vitto comune sanitario. Per quanto riguarda invece il vitto comune mediterraneo, si consiglia di prediligere spuntini più semplici e bilanciati, ad esempio frutta, yogurt, pane e olio, pane e marmellata, analogamente a quanto consigliato dalle Proposte Operative per la Ristorazione Scolastica della Regione Piemonte.

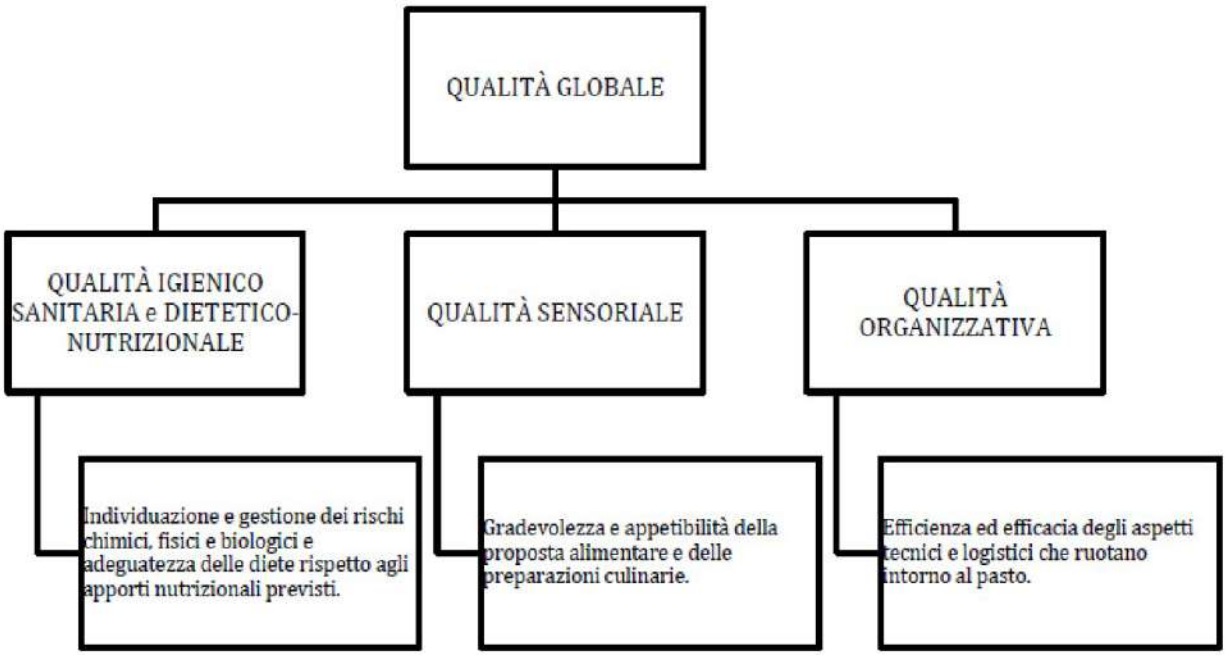
r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte

6. Aspetti di qualità

Il servizio di ristorazione collettivo deve essere inteso come un sistema complesso che ha bisogno di riferimenti chiari per garantire la necessaria qualità ad un'attività che può avere importanti riflessi sullo stato di salute dell'utente. I punti qualificanti del servizio devono essere individuati ed esplicitati nelle condizioni contrattuali relative alla fornitura di servizi e/o prodotti agroalimentari ed in modo particolare nel capitolato d'appalto, che rappresenta lo strumento principale per la definizione della qualità del servizio di ristorazione.
Il servizio di ristorazione, oltre a garantire la qualità e la sicurezza dei pasti serviti, deve considerare le implicazioni sociali, relazionali, ambientali, etiche legate al consumo del pasto e testimoniare con appropriate scelte negli acquisti e nell'organizzazione del servizio la comprensione delle forti relazioni esistenti tra salute, alimentazione, ambiente e rapporto con il territorio.
Nel servizio di ristorazione collettiva le diverse figure professionali, specialmente quelle con funzioni di responsabilità, devono lavorare tenendo conto del principio di qualità e di convivialità; con il primo s'intende l'insieme delle proprietà e delle caratteristiche che conferiscono a un prodotto la capacità di soddisfare esigenze espresse o implicite del proprio utente; con il secondo s'intende invece l'attenzione che il gestore deve porre verso tutti quegli elementi che porteranno lo stesso utente a sentirsi come a casa.

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.



r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte

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 i l 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;

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte

- 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.

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 e contrastare la malnutrizione.

BOX 6

6.2 Capitolati di appalto e criteri auspicabili

Il capitolato è parte integrante della ristorazione, strumento per il controllo della qualità che si intende offrire, di regolamentazione dei rapporti con i fornitori e di valutazione del servizio, nonché strumento in grado di prevenire elementi di discrezionalità ed episodi di contenzioso.
L'obiettivo è quello di avere un organico rapporto tra qualità e prezzo, nel sistema complessivo dei requisiti di qualità totale del pasto e del servizio.
Per la predisposizione del capitolato occorre:

- eseguire un'analisi della situazione esistente: l'ente appaltante deve chiarire le proprie esigenze, eseguire una valutazione puntuale dei punti di forza e di debolezza delle gestioni precedenti per richiedere prestazioni ad hoc;
- condividere i documenti con le parti interessate: la redazione deve prevedere il coinvolgimento di diverse figure professionali nei rispettivi ambiti di competenza (amministrativa, tecnica, scientifica);
- inserire tutte le attività previste nel servizio di ristorazione (approvvigionamento, preparazione, distribuzione…) indipendentemente dal sistema prescelto e tutti i parametri ritenuti fondamentali per la tutela della salute (ambienti, attrezzature, materie prime, formazione del personale, dietetico…);
- identificare ed esplicitare i responsabili del processo di ristorazione;
- utilizzare per l'affidamento il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa individuata sulla base del miglior rapporto qualità-prezzo, considerando i criteri premianti contenuti nei Criteri Ambientali Minimi (CAM) illustrati nel decreto 10 marzo 2020 in G.U. Serie Generale n.90 del 04-04-2020 ("Criteri ambientali minimi per il servizio di ristorazione collettiva e fornitura di derrate alimentari");
- definire le procedure di monitoraggio e controllo del servizio, con la possibilità di coinvolgimento dell'utenza, ad esempio attraverso una commissione mensa;

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte

- precisare i parametri oggetto di controllo, le procedure di controllo adottate e i valori soglia al di sotto dei quali la qualità non può essere considerata accettabile, ricordando che il rispetto dei requisiti igienici non è un parametro di qualità e di valutazione, ma un prerequisito per l'ammissibilità al servizio.

6.2.1 Requisiti di sostenibilità

La ristorazione collettiva deve rispondere a requisiti minimi di sostenibilità ambientale. Tali criteri sono indicati dai CAM, che regolano le fasi del processo di acquisto e sono volti a individuare la soluzione progettuale, il prodotto o il servizio migliore sotto il profilo ambientale lungo il ciclo di vita. .

6.2.2 Criteri premianti

Alcune buone pratiche possono rappresentare criteri premianti nella valutazione della qualità in sede di assegnazione del servizio di ristorazione. Oltre ai criteri premianti indicati dai CAM, è auspicabile l'utilizzo dei seguenti criteri facoltativi:

- proposte strategiche per la diffusione di corretti comportamenti alimentari nell'utenza;
- ulteriori criteri di sostenibilità ambientale;
- certificazioni di qualità del fornitore, ad esempio certificazioni serie ISO 9001 e ISO 22000;
- certificazioni di processi ambientali, sicurezza, energia o standard volontari, ad esempio UNI 11584;
- presenza di figure professionali di alta competenza;
- previsione di percorsi formativi aggiuntivi degli operatori coinvolti nella ristorazione;
- interventi migliorativi rispetto a determinati standard organizzativi e gestionali indicati in capitolato;
- procedure per la donazione di alimenti: principio, già stabilito in Italia dalla legge n.166/16, e ribadito nel regolamento 2021/382, per cui gli operatori del settore alimentare possono ridistribuire alimenti a fini di donazione alimentare.

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 .

BOX 7

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte

7. Attività di controllo

Un efficace servizio di ristorazione collettiva, sanitaria in particolare, non può prescindere dall'identificazione di un nucleo di controllo interno in grado di monitorare le varie fasi: stesura del capitolato di appalto, organizzazione, gestione e controllo.
Da Linee Guida Ministeriali le figure professionali minime previste sono:

- rappresentanti di direzione sanitaria: medico igienista e/o infermiere addetto al controllo delle infezioni (ICI) o altra figura competente in questo ambito designata dalla direzione, per il controllo complessivo del servizio, dei percorsi e degli aspetti igienico-sanitari inclusa la sanificazione;
- gruppo dedicato o persona di riferimento designata dalla struttura di dietetica ospedaliera o territoriale (necessaria la presenza almeno del dietista) per le verifiche di ambito dietetico-nutrizionale;
- operatore tecnico di area economale designato dalla struttura competente per le valutazioni merceologiche;
- eventuali consulenti (es. Camera di Commercio, esperti/consulenti per ambiti di HACCP e processo tecnologico) che possono essere coinvolti anche su base periodica per attività di audit.

Accanto al ruolo di supervisione sanitaria risulta importante, ai fini del miglioramento continuo della qualità, la condivisione degli obiettivi con i soggetti "gestori" del servizio cucina/mensa, sia per le specifiche competenze richieste dal ruolo, sia per la sempre maggiore assunzione di "responsabilità sociale d'impresa" alla quale sono chiamati.
Per essere adeguatamente gestito e controllato, il processo di ristorazione necessita di responsabili dell'intero processo e dei sotto-processi (igienico-nutrizionale e di sviluppo sostenibile) che devono essere identificati e chiaramente esplicitati (con nome, titolo di studio e unità operative di appartenenza) dall'ente/azienda che fornisce il servizio di ristorazione. L'identificazione dei responsabili e l'esplicitazione delle modalità di controllo devono essere previste nella stesura dei capitolati.

7.1 Modalità di controllo

Per migliorare e mantenere gli standard qualitativi del servizio di ristorazione è necessario che siano effettuati controlli a campione sull'efficienza e sulla qualità del servizio di ristorazione. E' opportuno definire dei parametri oggettivi e misurabili di monitoraggio che possano essere valutati e tenuti sotto controllo, ad esempio tramite questionari o check-list. Il controllo, per essere efficace, deve prevedere il monitoraggio di parametri relativi a tutte le fasi del processo. Accanto al rilevamento delle valutazioni soggettive (customer satisfaction) dovranno essere effettuati controlli a campione sull'efficienza e sulla qualità del servizio di ristorazione attraverso la misurazione di parametri oggettivi (peso delle porzioni, temperatura degli alimenti al momento della distribuzione, giusto grado di maturazione dei principali prodotti vegetali, quota di alimenti scartati, rispetto delle procedure igieniche, corrispondenza degli ordini, tempi di distribuzione del vitto).
Tutti i percorsi verranno valutati congiuntamente dalle figure previste, per i rispettivi ambiti di competenza anche attraverso l'utilizzo di schede predisposte ad hoc e validate a livello di direzione aziendale.

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte

La procedura di controllo prevede le seguenti tipologie di valutazioni:

1 Valutazione di Processo: da effettuare durante la fase di preparazione presso il centro cottura;
2 Valutazione di Risultato: da effettuare durante le fasi di somministrazione e consumo dei pasti.

7.1.1 La Valutazione di Processo

La valutazione si articolerà nelle seguenti attività di controllo:

- rispetto del capitolato di servizio e del merceologico secondo i parametri previsti dall'appalto;
- organizzazione di tutte le fasi del servizio di ristorazione;
- rispetto delle temperature di legge;
- igiene del personale, igiene ambientale e procedure di sanificazione;
- modalità di veicolazione dei pasti.

7.1.2 La Valutazione di Risultato

La valutazione si articolerà nelle seguenti attività di controllo:

- temperatura alla consegna e alla somministrazione;
- conformità del menù (concordanza tra ordinazioni e servito, rispetto delle grammature, adesione alla ricetta)
- eventuale controllo della composizione bromatologica
- adeguatezza delle diete standard, in particolare corretta consistenza dei pasti per disfagia
- rilevazione degli scarti, da effettuarsi almeno una volta all'anno, per cui è possibile utilizzare lo strumento in Allegato 4 "Esempio di Diario Alimentare" (nel diario viene segnalata la percentuale di cibo consumata dal paziente, gli scarti sono rilevabili analizzando il negativo dei consumi);
- rilevazione della qualità percepita, da effettuarsi almeno una volta all'anno, con lo scopo di monitorare e riorganizzare il servizio di ristorazione in base alle esigenze rilevate (vd. Allegato 13).

7.2 Ruoli di controllo in ambito ospedaliero

A ***Servizio di dietetica***

- Sorveglianza nutrizionale, integrando gli aspetti clinico-nutrizionali con quelli puramente dietetici della ristorazione; di rilievo sono la valutazione periodica degli scarti e la conformità dei menù e delle grammature degli alimenti;
- attenzione alla qualità tramite controlli diretti a campione sulle forniture e sul vitto;
- collaborazione con la Direzione Sanitaria ospedaliera nella sorveglianza igienica sugli alimenti;
- rilevazione periodica della qualità percepita tramite l'utilizzo di questionari;
- controllo campionario della conformità del vassoio consegnato rispetto alla prenotazione.

B ***Economato***

- Controlli del rispetto del merceologico indicato in capitolato;
- recepimento dei verbali di non conformità ed eventuali sanzioni o misure correttive.

C ***Direzione sanitaria***

- Sorveglianza igienica sugli alimenti e processi di preparazione e distribuzione;
- sorveglianza igienica sui locali.

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi della Regione Piemonte

D ***Operatori del servizio di ristorazione***
- Autocontrollo dell'intero processo del Servizio di Ristorazione (vd. BOX 8);
- verifica delle forniture, comprese le scadenze;
- collaborazione con i referenti dei vari Servizi coinvolti nell'attività di controllo.

E ***Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN)***
Nel caso di servizio di ristorazione interno, non appaltato, è necessario che l'attività di controllo venga effettuata da un SIAN esterno, con attività di controllo igienico-sanitario e verifica dell'applicazione del piano di autocontrollo (HACCP).

7.3 Ruoli di controllo in ambito assistenziale

A ***Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN)***
- Valutazione e approvazione del dietetico e della formulazione dei menù elaborati secondo le Linee Guida per una sana alimentazione e L.A.R.N. e consulenza dietetico nutrizionale per l'elaborazione del dietetico e per l'elaborazione delle diete speciali;
- verifica e controllo della qualità nutrizionale dei pasti forniti e conformità con il dietetico;
- controllo igienico sanitario e verifica dell'applicazione del piano di autocontrollo (HACCP);
- campionamento di alimenti e bevande ai fini del controllo ufficiale.

B ***Direzione di struttura***
- Controlli del rispetto del capitolato;
- recepimento dei verbali di non conformità ed eventuali sanzioni o misure correttive;
- sorveglianza igienica sugli alimenti e processi di preparazione e distribuzione;
- sorveglianza igienica sui locali.

C ***Operatori del servizio di ristorazione***
- Controllo dell'intero processo del Servizio di Ristorazione;
- verifica delle forniture, comprese le scadenze;
- collaborazione con i referenti dei vari Servizi coinvolti nell'attività di controllo.

7.3.1 Il ruolo del SIAN in ambito assistenziale

Il SIAN è l'organo di controllo esterno che verifica gli aspetti igienico-sanitari e nutrizionali delle strutture assistenziali, aspetti entrambi indispensabili per il raggiungimento dell'obiettivo della prevenzione della malnutrizione. Infatti, mentre il controllo degli aspetti igienici è utile al fine della prevenzione delle malattie trasmesse dagli alimenti, la corretta formulazione di un menù è necessaria per la prevenzione della malnutrizione proteico-calorica. Quindi, la verifica igienico sanitaria, effettuata in base alla normativa vigente, e la valutazione dei menù che segue le linee guida ufficiali sono due ambiti non scindibili.
La valutazione dei menù è prevista nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) con il DPCM 12/01/2017, inoltre in Piemonte l'approvazione dei menù da parte dei SIAN è uno dei requisiti richiesti per l'autorizzazione al funzionamento delle strutture assistenziali da parte delle ASL tramite le Commissioni di vigilanza (DGR n. 45-4248 del 30 luglio 2012). Ne consegue che tale approvazione è vincolante in fase preventiva. La verifica dei menù va effettuata ogni qualvolta sia stata apportata una modifica sostanziale oppure periodicamente revisionato per valutarne attualità ed adeguatezza (il termine di 5 anni rappresenta l'arco di tempo raccomandato), ai sensi del D.M. 16/10/1998.

La richiesta di valutazione del menù va inviata al SIAN di competenza territoriale con modalità specifiche per ogni singola ASL.
I menù per essere presentati alle ASL dovrebbero essere redatti come segue:

- il menù deve essere sempre inviato insieme al ricettario;
- ciascun foglio, sia del menù che del ricettario, deve essere intestato con denominazione e sede della struttura;
- per facilitare e ottimizzare i tempi della procedura di vidimazione è preferibile inviare i menù, il ricettario e la tabella delle grammature in formato editabile, in modo da agevolare il lavoro di valutazione;
- deve essere strutturato in forma schematica, in modo da poter confrontare frequenze e abbinamenti;
- i termini utilizzati nel menù devono essere chiari, tali da far comprendere in linea di massima quali materie prime e che tipo di preparazioni sono state impiegate per ciascun piatto; eventuali denominazioni di fantasia (es. pasta arcobaleno) possono essere utilizzate specificando gli ingredienti con una nota o nel ricettario, che deve essere disponibile in loco;
- nel caso in cui venissero utilizzati prodotti surgelati, questi ultimi devono essere segnalati;
- il menu deve essere impostato su almeno quattro settimane (salvo diverse e motivate esigenze della struttura che devono essere discusse e concordate con il SIAN), rispettivamente per il periodo primavera-estate e autunno-inverno, diversificato in base alla specificità stagionale degli alimenti;
- oltre al pranzo e alla cena devono essere allegate anche le proposte per la prima colazione e, forniti, lo spuntino di metà mattina e la merenda del pomeriggio;
- i menù vidimati sono documenti ufficiali e in quanto tali devono essere utilizzati per la diffusione agli ospiti e devono essere disponibili in punti della struttura facilmente accessibili (es. affissione in refettorio); per facilitare i controlli e a garanzia di una maggiore informazione, i menu non devono riportare modifiche a mano così da evitare possibili variazioni non concordate con il SIAN.

Tra le attività previste per i SIAN dalla programmazione regionale vi è la vigilanza nutrizionale che si pone di verificare i seguenti aspetti:

- il rispetto di menù vidimato, compresi gli aspetti organizzativi (intesi i criteri di elaborazione del menù);
- il rispetto delle grammature (porzioni)
- la valutazione delle materie prime presenti nel ricettario autorizzati dall'ASL;
- la valutazione delle caratteristiche merceologiche.

Lo strumento utilizzato è la check-list "Vigilanza nutrizionale nella ristorazione assistenziale" (Allegato 14) il documento ufficiale a disposizione degli operatori. Tale attività ha come obiettivo il miglioramento del sistema di preparazione e somministrazione dei pasti attraverso l'identificazione e la correzione di non conformità e inefficienze. Alla fine di ogni vigilanza nutrizionale verrà rilasciata alla struttura il "Resoconto della vigilanza nutrizionale" presente nella parte finale della check-list, stilato e firmato da chi ha condotto la vigilanza e dai rappresentanti della struttura presenti durante la vigilanza.
La compilazione della check-list in ogni sua parte è indispensabile per una corretta valutazione nutrizionale e dovrà essere effettuata sia nei punti di distribuzione, sia nei punti di preparazione dei pasti. In caso di non conformità potrà essere effettuato un nuovo controllo a distanza di tempo congruo per la rivalutazione degli aspetti risultati insufficienti.
La check-list deve essere considerata uno strumento utile a monitorare le criticità in ambito

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte

nutrizionale nella ristorazione assistenziale del territorio regionale, per questa ragione può essere sottoposto periodicamente a revisione in coerenza con gli obiettivi della programmazione regionale e con gli esiti delle valutazioni dei monitoraggi precedenti. Rappresenta inoltre uno strumento di supporto all'autovalutazione da parte dell'ente gestore.

IL SISTEMA DI AUTOCONTROLLO

La normativa di riferimento in materia di igiene e sicurezza degli alimenti (Reg. Ce n. 178/2002, Reg. CE n. 852/2004, Reg. CE n. 853/2004, ecc.) deve essere applicata dall'Operatore del Settore Alimentare (OSA) in tutte le fasi della filiera (produzione, lavorazione, confezionamento, distribuzione, deposito e somministrazione) e il SIAN vigila affinché non venga disattesa (Reg UE 2017/625).

Il sistema di autocontrollo è inteso come la verifica volontaria esercitata dallo stesso produttore nell'ambito della propria azienda nei modi e nelle forme più rispondenti alle esigenze della produzione e del mercato. È l'insieme delle procedure prestabilite dall'operatore per individuare ogni fase della propria attività che potrebbe rilevarsi critica per la sicurezza igienica degli alimenti. In particolare, allo scopo di impostare una efficace procedura di controllo sono individuate le seguenti macroaree che costituiscono i principali punti critici:

- acquisto e consegna alimenti;
- stoccaggio;
- preparazione e manipolazione;
- cottura e raffreddamento;
- distribuzione;
- pulizia e igiene.

BOX 8

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente copia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è conservato negli archivi di Regione Piemonte

8. Formazione

Il miglioramento della qualità della ristorazione deve prevedere un programma di formazione esteso a tutto il personale coinvolto.
La formazione deve affrontare aspetti generali e aspetti specifici in relazione ai compiti e ai ruoli degli operatori. Deve essere effettuata entro sei mesi dall'assunzione del personale e ripetuta almeno ogni due anni. È necessario programmare un monte ore 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. Il percorso formativo può prevedere diverse modalità didattiche, come lezioni frontali, corsi online, formazione sul campo e di gruppo.

Gli obiettivi della formazione sono:

- promuovere un costante apprendimento delle conoscenze igienico-sanitarie, legislative, dietetiche, organizzative;
- migliorare la gestione dei processi e rafforzare le capacità di auditing e di integrazione;
- trasmettere la consapevolezza della valenza terapeutica che può assumere il pasto all'interno del processo di cura;
- stimolare una visione più ampia del servizio di ristorazione, compresi gli aspetti socioculturali e ambientali (tradizioni, stagionalità, modalità di lavorazione, stoccaggio e distribuzione, gestione dei rifiuti, ecc.);
- sensibilizzare e promuovere azioni volte a contrastare e prevenire la malnutrizione in tutte le sue forme.

I contenuti generali della formazione sono da estendere a tutto il personale coinvolto nella gestione del pasto e comprendono i seguenti temi:

- ruolo dell'alimentazione nella prevenzione e cura della malnutrizione in tutte le sue forme;
- aspetti organizzativi e legislativi del servizio di ristorazione;
- aspetti igienico-sanitari (sistema HACCP e relativi metodi di controllo, nozioni base di microbiologia);
- aspetti nutrizionali, descrizione e corretto utilizzo del dietetico;
- aspetti di sostenibilità ambientale e corretta gestione dei rifiuti.

Oltre ai contenuti generali, sono previsti contenuti più mirati in base al ruolo e al profilo professionale. Ad esempio, il personale di cucina deve essere formato sulle tecniche di preparazione dei pasti, con particolare attenzione alle diete standard e personalizzate (es. dieta senza glutine, diete a consistenza modificata) e il personale di reparto sul riconoscimento del rischio nutrizionale degli assistiti e adeguata somministrazione del pasto.

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte

9. Bibliografia

- Alfonso J. Cruz-Jentoft, Jean Pierre Baeyens, Jürgen M. Bauer, Yves Boirie, Tommy Cederholm, Francesco Landi, Finbarr C. Martin, Jean-Pierre Michel, Yves Rolland, Stéphane M. Schneider, Eva Topinková, Maurits Vandewoude, and Mauro Zamboni. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis. Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. Age Ageing. 2010 Jul; 39(4):412-23.
- Bellanti, F.; lo Buglio, A.; Quiete, S.; Pellegrino, G.; Dobrakowski, M.; Kasperczyk, A.; Kasperczyk, S.; Vendemiale, G. Comparison of three nutritional screening tools with the new glim criteria for malnutrition and association with sarcopenia in hospitalized older patients. J. Clin. Med. 2020, 9, 1898
- Cheng, J.; Witney-Cochrane, K.; Cunich, M.; Ferrie, S.; Carey, S. Defining and quantifying preventable and non-preventable hospital-acquired malnutrition—A cohort study. Nutr. Diet. 2019, 76, 620–62
- Correia,] M.I.T.D.; Perman, M.I.; Waitzberg, D.L. Hospital malnutrition in Latin America: A systematic review. Clin. Nutr. 2017, 36, 958–967
- Donini LM, Busetto L, Bischoff SC, Cederholm T, Ballesteros-Pomar MD, Batsis JA, Bauer JM, Boirie Y, Cruz-Jentoft AJ, Dicker D, Frara S, Frühbeck G, Genton L, Gepner Y, Giustina A, Gonzalez MC, Han HS, Heymsfield SB, Higashiguchi T, Laviano A, Lenzi A, Nyulasi I, Parrinello E, Poggiogalle E, Prado CM, Salvador J, Rolland Y, Santini F, Serlie MJ, Shi H, Sieber CC, Siervo M, Vettor R, Villareal DT, Volkert D, Yu J, Zamboni M, Barazzoni R. Definition and diagnostic criteria for sarcopenic obesity: ESPEN and EASO consensus statement. Clin Nutr. 2022 Apr; 41(4):990-1000.
- Gizem Aytekin Sahin, Zeynep Caferoglu,The food service quality and its effects on nutritional status in nursing home residents. Clinical Nutrition ESPEN, Volume 47, 2022, Pages 233-239,ISSN 2405-4577.
- Jensen, G.L.; Cederholm, T.; Correia, M.I.T.D.; Gonzalez, M.C.; Fukushima, R.; Higashiguchi, T.; de Baptista, G.A.; Barazzoni, R.; Blaauw, R.; Coats, A.J.S.; et al. GLIM Criteria for the Diagnosis of Malnutrition: A Consensus Report From the Global Clinical Nutrition Community. J. Parenter. Enter. Nutr. 2019, 43, 32–40
- Leegaard Andersen, A.; Lundsgaard Nielsen, R.; Baltzer Houlind, M.; Tavenier, J.; Rasmussen, L.J.H.; Mørch Jørgensen, L.; Treldal, C.; Marie Beck, A.; Merete Pedersen, M.; Andersen, O.; et al. Risk of Malnutrition upon Admission and after Discharge in Acutely Admitted Older Medical Patients: A Prospective Observational Study. Nutrients 2021, 13, 2757
- Lueg, G.; Wirth, R.; Kwiatkowski, J.; Rösler, A.; Jäger, M.; Gehrke, I.; Volkert, D.; Pourhassan, M. Low Self-Perception of Malnutrition in Older Hospitalized Patients. Clin. Interv. Aging 2020, 15, 2219–2226
- Orlandoni, P.; Venturini, C.; Jukic Peladic, N.; Costantini, A.; Di Rosa, M.; Cola, C.; Giorgini, N.; Basile, R.; Fagnani, D.; Sparvoli, D.; et al. Malnutrition upon Hospital Admission in Geriatric Patients: Why Assess It? Front. Nutr. 2017, 4, 50
- Schuetz, P.; Seres, D.; Lobo, D.N.; Gomes, F.; Kaegi-Braun, N.; Stanga, Z. Management of disease-related malnutrition for patients being treated in hospital. Lancet 2021, 398, 1927–1938
- Souza J, Santos J.V. , Canedo V.B. , Betanzos A, Alves D, Freitas D. Importance of coding co-morbidities for APR-DRG assignment: focus on cardiovascular and respiratory diseases. Health Info Manage (2019)
- Telma T Souza, Claudio J Sturion, Joel Faintuch. Is the skeleton still in the hospital closet?

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte

A review of hospital malnutrition emphasizing health economic aspects Clin Nutr 2015 Dec;34(6):1088-92. doi: 0.1016/j.clnu.2015.02.008. Epub 2015 Mar 4

- Volkert, D.; Beck, A.M.; Cederholm, T.; Cereda, E.; Cruz-Jentoft, A.; Goisser, S.; dde Groot, L.; Großhauser, F.; Kiesswetter, E.; Norman, K.; et al. Management of malnutrition in older patients—current approaches, evidence and open questions. J. Clin. Med. 2019, 8, 974
- Weijzen, M.E.G.; Kouw, I.W.K.; Geerlings, P.; Verdijk, L.B.; van Loon, L.J.C. During Hospitalization, Older Patients at Risk for Malnutrition Consume <0.65 Grams of Protein per Kilogram Body Weight per Day. Nutr. Clin. Pract. 2020, 35, 655–663
- https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition

Raccomandazioni elaborate a partire dai risultati del progetto "La ristorazione collettiva negli ospedali e nelle strutture assistenziali per anziani: sviluppo di buone pratiche"

- Proposte operative per la ristorazione collettiva ospedaliera, assistenziale, scolastica 2007. Regione Piemonte
- Linee guida sulla ristorazione collettiva. Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione della ASL di Carbonia.
- DECRETO del Ministero della salute 28 ottobre 2021 "Definizione ed aggiornamento delle «Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera, assistenziale e scolastica».
- Linee di Indirizzo della Regione Campania per la Sicurezza Alimentare e Sicurezza Nutrizionale nella Ristorazione Collettiva – decreto dirigenziale 09-07-21
- Linea di Indirizzo e Controllo per la qualifica del Servizio di Ristorazione in Sanità, Finzi GF et al L'Ospedale-ANMDO luglio-settembre 2018
- Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari – Regione Piemonte. Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale della disfagia. 2013.
- Aithal GP, Palaniyappan N, China L, et al Guidelines on the management of ascites in cirrhosis Gut 2021; 70: 9-29.
- Cichero JAY et al. Development of international terminology and definitions for texture-modified foods and thickened fluids used in dysphagia management: The IDDSI Framework Dysphagia. 2017; 32:293-314.

Documento Quadro IDDSI – Descrizione Dettagliata 2.0 2019 – Traduzione italiana a cura di Luciana Andrini. https;//iddsi.org/framework/

Fiaccadori E, Sabatino A, Barazzoni R, Carrero JJ, Cupisti A, De Waele E, Jonckheer J, Singer P, Cuerda C. ESPEN guideline on clinical nutrition in hospitalized patients with acute or chronic kidney disease. Clin Nutr. 2021 Apr; 40(4):1644-1668.

Lau C, Phillips E, Bresee C et al (2014) Early use of low residue diet is superior to clear liquid diet after elective colorecta surgery: a randomized controlled trial. Ann Surg 260: 641–647

McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, et al. ESC Scientific Document Group. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 2021 Sep 21;42(36):3599-3726.

Società Italiana di Nutrizione Umana. LARN Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia per la popolazione italiana, 2014 - IV revisione.

Thibault R, Abbasoglu O, Ioannou E, Meija L, et al. ESPEN guideline on hospital nutrition. Clin Nutr. 2021 Dec;40(12):5684-5709.

- Vaillant MF, Alligier M, Baclet N, Capelle J, et al. Guidelines on Standard and Therapeutic Diets for Adults in Hospitals by the French Association of Nutritionist Dieticians (AFDN) and the French Speaking Society of Clinical Nutrition and Metabolism (SFNCM). Nutrients. 2021 Jul 15;13(7):2434. doi: 10.3390/nu13072434. PMID: 34371943; PMCID: PMC8308628.)
- Vezzosi S, Agostini S, Cecchetto G, Imperio G, Maccà S, Tonelli M, Torsoli S, Troiano E. ANDID

- Position Statement - L'importanza dei pasti ad aumentata densità energetica e proteica (c.d. pasti fortificati) nella prevenzione e trattamento della malnutrizione. 2019

- Wischmeyer P.E., Carli F., Evans D.C. et al. American Society for Enhanced Recovery and Perioperative Quality Initiative Joint Consensus Statement on Nutrition Screening and Therapy Within a Surgical Enhanced Recovery Pathway Anesth Analg 2018 Jun; 126 (6):1883-1895.

- Yeung S.E., Hilkewich L., Gillis C., et al. Protein intakes are associated with reduced length of stay: a comparison between Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) and conventional care after elective colorectal surgery. Am J Clin Nutr 2017;106(1):44-51

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente copia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è conservato negli archivi di Regione Piemonte

10. Allegati

Allegato 1. 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. Addizionare 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.

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte

Allegato 2. 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			

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte

Allegato 3. Test di screening MNA-SF

A. Presenta una perdita dell'appetito? Ha mangiato meno negli ultimi 3 mesi? (perdita d'appetito, problemi digestivi, difficoltà di masticazione o deglutizione)
0 = Grave riduzione dell'assunzione di cibo
1 = Moderata riduzione dell'assunzione di cibo ☐
2 = Nessuna riduzione dell'assunzione di cibo

B. Perdita di peso recente (<3 mesi)
0 = perdita di peso > 3 kg
1 = non sa ☐
2 = perdita di peso tra 1 e 3 kg
3 = nessuna perdita di peso

C. Motricità
0 = dal letto alla poltrona
1 = autonomo a domicilio ☐
2 = esce di casa

D. Nell'arco degli ultimi 3 mesi: malattie acute o stress psicologici?
0 = Sì 2 = No ☐

E. Problemi neuropsicologici
0 = demenza o depressione grave
1 = demenza moderata ☐
2 = nessun problema psicologico

F1. Indice di massa corporea (IMC) = peso in kg / (altezza in m)2
0 = IMC < 19
1 = 19 ≤ IMC < 21 ☐
2 = 21 ≤ IMC < 23
3 = IMC ≥ 23

Se l'IMC non è disponibile, sostituire la domanda F1 con la domanda F2. Non rispondere alla domanda F2 se la domanda F1 è già stata completata.

F2. Circonferenza del polpaccio (CP in cm)
0 = CP inferiore a 31 ☐
3 = CP 31 o superiore

Punteggio totale: ☐

Valutazione
12-14 punti: stato nutrizionale normale
8-11 punti: a rischio di malnutrizione
0-7 punti: malnutrito

Allegato 4. Esempio di diario alimentare e idrico

PAZIENTE	
VITTO	
ALLERGIE	
PREFERENZE	
INDICAZIONI	
NOTE	

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

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

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

Legenda

Il paziente ha mangiato:

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte

Allegato 5. Grammatura delle porzioni standard

Alimenti colazione, spuntini e merende	Grammi porzione
Latte intero	125
Yogurt	125
Biscotti secchi o fette biscottate	30
Pane	50
Frutta fresca	150
Zucchero o miele	5
Marmellata	20-25
Budino o gelato	120
Dolce	50-60
Alimenti pranzo e cena	
Primi piatti	
Cereali per primi piatti (es. pasta, riso, orzo, farro, ecc.): - asciutti o farina per polenta - in brodo	 80 40
Gnocchi di patate	180
Ravioli e paste ripiene	125
Pizza in trancio	200
Secondi piatti	
Carne rossa o bianca	100
Carne per ragù	20-30
Pesce	150
Uova	n. 1-2
Formaggi: - ricotta o fiocchi di latte - freschi - stagionati	 150 100-125 50
Parmigiano per i primi piatti	5-10
Salumi	60-70
Legumi freschi o surgelati Legumi secchi	150 50
Contorni	
Insalata a foglia	80
Verdura cotta o cruda	200
Patate	200
Condimenti e varie	
Olio extra vergine d'oliva a pasto	15-20
Pane	50
Frutta fresca	150
Acqua	1500-1600 ml

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte

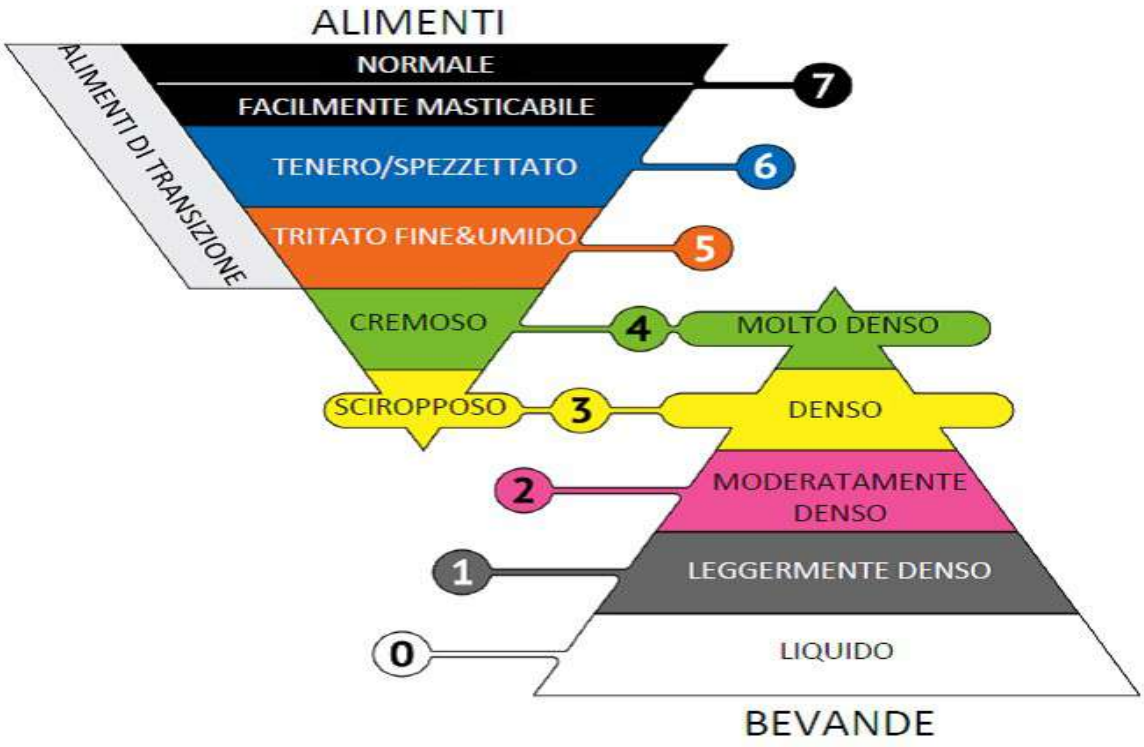
Allegato 6. Schema operativo per la scelta delle diete standard

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. Necessita 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 ipocalorica	Pazienti con eccesso ponderale che hanno un'indicazione medica al calo di peso. Dieta non indicata in regime ospedaliero o in contesti ad elevato rischio di malnutrizione per difetto.
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.

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte

Allegato 7. Diagramma "quadro" IDDSI

IDDSI
International Dysphagia Diet Standardisation Initiative
www.iddsi.org



Documento Quadro IDDSI
Descrizione Dettagliata
2.0 | 2019
Traduzione italiana a cura di Luciana Andrini
Dietista

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte

Allegato 8. Caratteristiche fisiche di alimenti e bevande in base alla classificazione IDDSI e GISD

CLASSIFICAZIONE SECONDO IDDSI/GISD	CARATTERISTICHE	ESEMPI
LIVELLO 0 LIQUIDO (IDDSI)/ CONSISTENZA LIQUIDA (GISD)	Fluisce come l'acqua, Defluisce velocemente; può essere bevuto con qualsiasi tipo di tettarella, tazza e cannuccia. È difficile controllarne la deglutizione. Escludendo coloro che sono certificati disfagici, nei casi dubbi è consigliabile una valutazione specialistica. In ogni caso la somministrazione deve avvenire lontano dai pasti con l'aiuto di un cucchiaino e solo a cavo orale deterso.	Acqua, caffè, tè, infusi, tisane
LIVELLO 1 LEGGERMENTE DENSO (IDDSI) / CONSISTENZA LIQUIDA (GISD)	Densità superiore a quella dell'acqua; può fluire attraverso una cannuccia/tettarella di diametro standard.	Latte, bibite, nettari di frutta, centrifugati di frutta e/o verdura
LIVELLO 2 MODERATAMENTE DENSO (IDDSI) / CONSISTENZA SEMILIQUIDA CAT. A (GISD)	Può essere sorseggiato da una tazza, necessita di uno sforzo per berlo attraverso una cannuccia/tettarella di diametro standard. Scivola dal cucchiaio	Succhi di frutta, bevande a base di latte, yogurt da bere
LIVELLO 3 DENSO SCIROPPOSO (IDDSI) / CONSISTENZA SEMILIQUIDA CAT. B (GISD)	Può essere bevuto da una tazza, assunto con il cucchiaio ma non può essere mangiato con una forchetta poiché gocciola lentamente. Omogeneo, privo di grumi, frammenti e particelle. Richiede uno sforzo per essere bevuto attraverso una cannuccia di grande diametro. Non richiede masticazione.	Gelati, granite, frullati di frutta, passati di verdura, creme.
LIVELLO 4 MOLTO DENSO CREMOSO (IDDSI) / CONSISTENZA SEMISOLIDA CAT. C (GISD)	Alimenti lisci, senza grumi non appiccicosi. Il liquido non si separa dal solido. Possono essere mangiati sia con un cucchiaio che con la forchetta. Richiedono un maggiore impegno della deglutizione ma non richiedono masticazione	Budini, mousse, formaggi cremosi, polente morbide, carni frullate, omogeneizzati, creme di cereali, passati e i frullati più densi, gelatine salate e dolci, acqua gelificata.
LIVELLO 5 TRITATO FINE E UMIDO (IDDSI) / CONSISTENZA SOLIDA CAT. D (GISD)	Alimenti molto teneri, pezzi piccoli e umidi, necessitano di una minima abilità a masticare	Formaggi cremosi, carne cruda, tritata fine, pesce finemente schiacciato, uova alla coque. Frutta/ verdura tritata, finemente grattugiata o schiacciata
LIVELLO 6 TENERO-SPEZZETTATO (IDDSI) / CONSISTENZA SOLIDA CAT. D (GISD)	Alimenti teneri, spezzettati, umidi in maniera uniforme e senza liquidi a parte. Richiedono abilità a masticare, devono essere morbidi, omogenei e scivolare con facilità senza provocare attrito al passaggio sulle pareti del canale alimentare. Richiedono un maggiore impegno della deglutizione e la masticazione.	Gnocchi di patate molto conditi, pasta ben cotta e ben condita, pasta ripiena, pesce privo di lische, soufflé, verdure cotte senza filamenti, ricotta, banane e frutta matura, pane da tramezzini
LIVELLO 7 NORMALE (IDDSI) / CONSISTENZA SOLIDA CAT. E (GISD)	Alimenti normali, di uso quotidiano, che possono essere assunti con qualsiasi tipo di posata, non modificati, di consistenza dura, croccante e/o tenera. Sono ad alto rischio per i pazienti disfagici	Sono inclusi tutti gli alimenti che non sono modificati e che richiedono una valida masticazione

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente copia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è conservato negli archivi di Regione Piemonte

Allegato 9. Esempio di dieta di consistenza semiliquida (secondo la classificazione GISD categoria B, secondo la classificazione IDDSI livello 3 sciropposo)

Apporti: Kcal 1300 – 1400; proteine 50- 55 g

Colazione
Latte intero g 200 o tè + zucchero 1 bustina
Biscotto Granulato 2-4 cucchiai o biscotti/ fette biscottate g 15-30 ben ammollate e frullate

Metà mattina e metà pomeriggio
Yogurt cremoso 1 vasetto o crema dolce g 150

Pranzo e cena
Primo piatto:
- Crema di cereali preparata con crema di cereali oppure semola g 15 (1 cucchiaio colmo), verdure g 50, patate g 50, olio e parmigiano g 10 (1 cucchiaio/1 bustina), brodo in quantità variabile tra 120-150 cc

Secondo piatto:
- Crema di carne/pesce omogeneizzata con i seguenti ingredienti: carne/pesce g 80-100 disciolti in 150-180 cc di brodo, olio e parmigiano g 10 (1 cucchiaio/1 bustina)

Purea o omogeneizzato di frutta n° 1 vasetto g 80-100

NB. Tale dieta non copre i fabbisogni complessivi giornalieri, per cui si ricorda la necessità di una supplementazione nutrizionale artificiale.

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte

Allegato 10. Esempio di dieta di consistenza semisolida (secondo la classificazione GISD categoria C, secondo la classificazione IDDSI livello 4 cremoso)

Apporti: Kcal 1700 – 1800; proteine 55-60g

Colazione
Latte intero g 200 o tè + zucchero 1 bustina
Biscotto granulato 4-6 cucchiai o biscotti/ fette biscottate g 40-50 ben ammollate e frullate

Metà mattina e metà pomeriggio
Budino g 150 o 1 banana ben matura

Pranzo e Cena
Primo piatto:
- Crema di Cereali preparata con crema di cereali oppure semola g 30 (2 cucchiai colmi), verdure g 80, patate g 80, olio e parmigiano g 10 (1 cucchiaio/1 bustina), brodo in quantità variabile tra 100-120 cc

OPPURE

- Polenta con i seguenti ingredienti: farina di mais a grana fine g 30 cotta in 250 cc di acqua condita con 10 g di burro (n° 1 burrino) e 30 g di formaggio fondente

Secondo piatto:
- Mousse di carne o di pesce o di prosciutto preparata con carne tenera non filosa o pesce o prosciutto g 80 frullati perfettamente con patate g 30, brodo cc 100-120, olio e parmigiano g 10 (1 cucchiaio/1 bustina)

Frutta frullata con biscotto: frutta g 100 + biscotto g 30-40 g

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte

Allegato 11. Esempio di dieta di consistenza solida/morbida (secondo la classificazione GISD categoria D, secondo la classificazione IDDSI livello 5 tritato fine e umido e livello 6 tenero-spezzettato)

Apporti: Kcal 1800 – 2000; proteine 75 – 80 g

Colazione
Latte intero g 200 o tè con zucchero g 10 (1 bustina)
Biscotti secchi g 20-40

Pranzo
Pasta di piccolo formato g 50 + sugo + olio e parmigiano g 10 (1 cucchiaio/1 bustina)

Carne tenera o tritata o pesce (senza lische o filamenti) g 80-100 + olio o maionese o salsa tonnata g 10 (1 cucchiaio/1 bustina)

Verdure ben cotte e morbide g 100 + olio g 10 (1 cucchiaio/1 bustina)

Frutta cotta o passata g 150 o 1 budino

Merenda
Pane morbido g 30 + Prosciutto cotto affettato sottile g 30 o Formaggio morbido

Cena
Crema di verdure con i seguenti ingredienti: verdure g 100, patate g 100, olio e parmigiano g 10 (1 cucchiaio/1 bustina), brodo in quantità variabile tra 100-120 cc

Carne tenera o tritata o pesce (senza lische o filamenti) g 80-100 + olio g 10 (1 cucchiaio/1 bustina o maionese o salsa tonnata 1 cucchiaio/1 bustina)

Verdure ben cotte e morbide g 100 + olio g 10 (1 cucchiaio/1 bustina)

Frutta cotta o passata g 150 o budino

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte

Allegato 12. Qualita' delle derrate alimentari

PRIMI PIATTI

Asciutti:

- è consigliabile variare tra le tipologie di primo piatto ed alternare i diversi cereali come ad
- esempio frumento, riso, mais, farro, orzo, grano saraceno, miglio, ecc. sotto forma di pasta nei diversi formati, polenta, semolino, cous cous, ecc. Può essere utile per la prevenzione della stipsi la scelta di prodotti integrali;
- come condimento alternare sughi a base di verdure di stagione con sughi con un contenuto proteico es. riso con piselli, pasta al ragù, ecc. per garantire la copertura del fabbisogno proteico;
- per gli gnocchi preferire quelli a base di patate; per la pasta ripiena alternare i ripieni di magro (es. ricotta e spinaci, zucca, ecc.) con i ripieni di carne.

Non asciutti:

- sono tipologie di piatti che incrementano l'assunzione di liquidi e fibre (se a base di verdura/legumi) pertanto andrebbe garantita la loro presenza tutti i giorni nel pasto serale. Se a base di verdure/legumi utilizzare preferibilmente verdure fresche e legumi secchi o surgelati;
- è sconsigliabile utilizzare dadi o preparati per brodo;
- si consiglia di inserire piatti non asciutto "mono verdura" (es. crema di zucca o zucchine o broccoli, ecc.) per aumentare la varietà dei piatti e ostacolare la monotonia;
- tutti i primi piatti non asciutti possono essere integrati con cereali sotto forma di pasta, riso, orzo, farro, crostini (preferibilmente preparati in loco), ecc.

SECONDI PIATTI

Carne:

- utilizzare i tagli più magri perché garantiscono un maggior apporto proteico eliminando il grasso visibile e altre parti che potrebbero rendere difficoltosa la masticazione
- Variare le tipologie (bovino, suino, pollo, tacchino, coniglio, ecc.), le preparazioni, le modalità di cottura e la presentazione dei piatti; avere cura di garantire il giusto grado di umidità e morbidezza per favorire la formazione del bolo;
- evitare di utilizzare prodotti semilavorati;
- l'utilizzo di piatti tradizionali a base di frattaglie (es. fegato, cervello, animelle, rognone, ecc.) deve essere limitato a occasioni speciali.

Pesce:

- possono essere utilizzati tutti i tipi di pesce compresi quelli con un più alto contenuto in grassi es. salmone, sgombro ecc. e crostacei, molluschi e cefalopodi;
- limitare le tipologie di pesce ad alto rischio di contaminazione da metalli (es. pesce di grande pezzatura come il pesce spada, smeriglio, palombo, verdesca, tonno);
- evitare di utilizzare prodotti semilavorati;
- variare le preparazioni, le modalità di cottura e la presentazione dei piatti;
- il pesce fresco o surgelato tal quale è la prima scelta, mentre quello conservato va proposto con moderazione.

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte

Formaggio:

- Possono essere utilizzati tutti i tipi di formaggi, la porzione dipende dal quantitativo di grassi in esso contenuti (vedere tabella grammature). Evitare i formaggi fusi (formaggini, sottilette) o spalmabili contenenti sali di fusione (citrati) poiché riducono l'assorbimento del Calcio e i formaggi da latte fresco crudo.

Salumi:

- Sono da preferire sempre i salumi non insaccati (prosciutto cotto o crudo sgrassato, arrosto di tacchino, bresaola, manzo affumicato). I salumi insaccati (es. salame, mortadella, ecc.) possono essere inseriti occasionalmente poiché hanno un contenuto proteico più basso.

Uova:

- Le uova possono essere utilizzate tal quali (opportunamente cotte) o per la preparazione di piatti come tortini, frittate, flan, omelette, ecc.

Legumi:

- Per favorire il consumo dei legumi come secondo piatto e ridurne il volume, una strategia può essere quella di proporli sotto forma di polpette, crocchette, insalate fredde, flan, hummus, farinata, ecc.
- Il loro utilizzo oltre ad essere vantaggioso dal punto di vista nutrizionale, lo è anche dal punto di vista ambientale.

CONTORNI

Verdura:

- tutta la verdura deve essere preferibilmente di stagione e fresca, poiché conserva le caratteristiche organolettiche (consistenza, gusto, colore e odore). L'utilizzo della verdura surgelata può essere prevista per le tipologie che prevedono tempi di mondatura lunghi (es. fagiolini, spinaci, biete, ecc.);
- nel menù deve essere specificato il tipo di verdura (no alla denominazione generica "verdura") e il tipo di cottura;
- alternare le preparazioni crude a quelle cotte.

Patate:

- le patate sono ortaggi con più elevato contenuto di amidi e pertanto sono da associare a primi piatti non asciutti;
- possono essere preparate al forno, bollite, in insalata, in purea, ecc.

PANE

- Il pane fresco deve essere presente quotidianamente, sperimentando anche la proposta di quello integrale e multicereali per la prevenzione della stipsi.
- È possibile inserire prodotti sostitutivi del pane (es. grissini, ecc.), preferibilmente preparati con olio d'oliva.

FRUTTA E DESSERT

- tutta la frutta deve essere di stagione fresca e a completa maturazione, intera o a pezzi sotto forma di macedonia (non zuccherata);
- il dessert a base di latte (es. budini, yogurt, gelato, ecc.) può essere un prodotto del commercio oppure preparato in loco;
- preferire dessert quali prodotti da forno preparati in loco.

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte

CONDIMENTI

- Utilizzare l'olio extravergine di oliva sia per la cottura che per il condimento a crudo degli alimenti; evitare l'utilizzo di margarine (che potrebbero contenere grassi vegetali idrogenati o trans);
- per insaporire i cibi possono essere utilizzate spezie ed erbe aromatiche;
- usare sale con moderazione e scegliere, sia fino che grosso, quello arricchito in iodio (sale iodato). Si raccomanda di scegliere un sale iodato con "iodio protetto" perché più stabile in cottura.

BEVANDE

- L'acqua è la bevanda d'elezione da proporre al pasto e fuori pasto ed è di fondamentale importanza nel setting assistenziale è la prevenzione e il trattamento della disidratazione degli ospiti;
- diverse strutture hanno stilato una vera e propria procedura specifica per valutare e monitorare l'idratazione degli ospiti: per ogni ospite forniscono una borraccia personalizzata, che viene rabboccata durante la giornata dal personale di reparto che annota in un registro gli apporti del singolo ospite in modo da monitorarne i consumi. Modalità vantaggiosa oltre che per il benessere dell'ospite anche dal punto di vista ambientale per l'adozione di borracce riutilizzabili;
- per quanto riguarda il vino, appare idoneo, per gli anziani che ne desiderano il consumo, in assenza di controindicazioni, non superare il limite di 12 g di alcol al giorno, pari ad 1 Unità alcolica che corrisponde ad un quantitativo giornaliero pari a 125 cc/die (n. 1 bicchiere scarso).

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte

Allegato 13. Customer Satisfaction

PRANZO

Quanto appetito aveva prima di consumare il pranzo? □ Per nulla □ Poco □ Abbastanza □ Molto □ Moltissimo

Menù del giorno	Quantità*	Gradimento	Se poco gradito perchè	
Primo piatto	□ □ □ □	1 2 3 4 5	□ scotto □ insipido □ poco condito □ temperatura inadeguata	□ al dente □ salato □ troppo condito □ non di mio gusto
Secondo piatto	□ □ □ □	1 2 3 4 5	□ cottura inaguata □ insipido □ poco condito □ temperatura inadeguata	□ duro □ salato □ troppo condito □ non di mio gusto
Contorno	□ □ □ □	1 2 3 4 5	□ cottura inaguata □ insipido □ poco condito □ temperatura inadeguata	□ duro □ salato □ troppo condito □ non di mio gusto
Frutta/Dessert	□ □ □ □	1 2 3 4 5	□ troppo matura □ monotona	□ acerba □ non di mio gusto
Pane/Grissini	□ □ □ □	1 2 3 4 5	□ troppo duro □ salato □ non di mio gusto	□ gommoso □ insipido

CENA

Quanto appetito aveva prima di consumare la cena? □ Per nulla □ Poco □ Abbastanza □ Molto □ Moltissimo

Menù del giorno	Quantità*	Gradimento	Se poco gradito perchè	
Primo piatto	□ □ □ □	1 2 3 4 5	□ scotto □ insipido □ poco condito □ temperatura inadeguata	□ al dente □ salato □ troppo condito □ non di mio gusto
Secondo piatto	□ □ □ □	1 2 3 4 5	□ cottura inaguata □ insipido □ poco condito □ temperatura inadeguata	□ duro □ salato □ troppo condito □ non di mio gusto
Contorno	□ □ □ □	1 2 3 4 5	□ cottura inaguata □ insipido □ poco condito □ temperatura inadeguata	□ duro □ salato □ troppo condito □ non di mio gusto
Frutta/Dessert	□ □ □ □	1 2 3 4 5	□ troppo matura □ monotona	□ acerba □ non di mio gusto
Pane/Grissini	□ □ □ □	1 2 3 4 5	□ troppo duro □ salato □ non di mio gusto	□ gommoso □ insipido

* 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 □ NO perché appena entrato in reparto

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

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

Il personale le è sembrato cortese? □ Per nulla □ Poco □ Abbastanza □ Molto □ Moltissimo

Come valuta nel complesso il servizio di ristorazione

Eventuali commenti o suggerimenti:_____

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte

Allegato 14. Check-list per la vigilanza nutrizionale nella ristorazione assistenziale

L'intestazione del documento deve riportare:
- ASL di riferimento, comprensiva di logo;
- "Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN)" e dipartimento di appartenenza

Data_____

ANAGRAFICA / DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Comune di:

Denominazione Struttura:

Indirizzo Struttura:

Telefono:	**E-mail:** _____ **PEC:** _____

Classificazione struttura:
- Pubblica
- Privata
- Ente no profit
- Altro, specificare_____

Tipo di presidio assistenziale:
- R.A.
- R.A.F.
- R.S.A.
- R.A.A.
- Altro, specificare_____

Quanti ospiti accoglie la struttura? N. _____

L'utenza è prevalentemente:
- > 65 anni e/o con fragilità
- < 65 anni senza stress metabolico correlato a patologie
- Altro, specificare_____

Capacità di gestione dei rischi nutrizionali

È prevista una formazione degli operatori in tema di nutrizione e rischi nutrizionali?
- Si
- No
- Indicare se e come viene praticata _____

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte

Esistono procedure/indirizzi/attività per la valutazione e gestione dei rischi nutrizionali?

- Si
- No
-

Se sì, quali?

- Sono disponibili bilancia e strumenti misura altezza
- Viene misurato peso/altezza degli ospiti. Se sì, con quale frequenza?_____
- Vengono utilizzati test per la valutazione della malnutrizione. Se sì, quali? _____
- Viene valutata la capacità/possibilità dell'ospite di alimentarsi adeguatamente
- Altro, specificare_____

GESTIONE MENSA

Tipo di gestione della mensa:

- Gestione diretta Comune/Ente (GD)
- Gestione appaltata a ditta (GA)Specificare nome ditta _____
- Altro, specificare _____

Produzione dei pasti:

- In sede / loco
- Fuori sede a _____ Indirizzo _____Durata trasposto _____ (minuti)

VALUTAZIONE MENÙ

È presente il menù?

- Si, approvato in data _____
- Si, non approvato
- No

È presente il ricettario?

- Si
- No

Il menù è esposto in modo che gli ospiti possano consultarlo?

- Si
- No

Il menù utilizzato corrisponde al menù vidimato? (verificare):

- Si
- No, perché_____
  _____
  _____

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte

L'ospite viene supportato per il consumo del pasto in funzione delle sue condizioni di salute e nutrizionali?

- l'ospite viene supportato a consumare i piatti proposti o comunque a scegliere alternative più salutari per la sua condizione nutrizionale
- viene supportato il consumo dei pasti in compagnia e/o in un ambiente favorevole al consumo
- l'ospite non viene supportato
- Altro, specificare _____

È prevista la valutazione della soddisfazione del menù da parte degli ospiti?

- Si con uno strumento di rilevazione (specificare quale_____)
- Si, senza strumento di rilevazione (indicare la modalità _____)
- No
- Se no, perché _____

È prevista la valutazione degli avanzi?

- Si con uno strumento di rilevazione (specificare quale_____)
- Si, senza strumento di rilevazione (indicare la modalità _____)
- No
- Se no, perché _____

VALUTAZIONE PORZIONI

Esiste un criterio per distribuire le porzioni in modo da garantire le quantità indicate nel menù?

- Si
- Se sì, quale? _____
- No

- Periodicamente viene effettuato un controllo sull'adeguatezza delle porzioni fornite?
- ð Si
- Se sì, come e con quale frequenza?_____
- ð No

VALUTAZIONI CARATTERISTICHE MERCEOLOGICHE

Sono presenti prodotti in scatola?

- Si
- Se si, quali? _____
- Indicare se utilizzo prevalente o sporadico _____
- No

Sono presenti verdure surgelate?

- Si
- Se si, quali? _____
- Indicare se utilizzo prevalente o sporadico _____
- No

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte

Sono presenti prodotti semilavorati?
- Si
- Se si, quali? _____
- Indicare se utilizzo prevalente o sporadico _____
- No

Viene utilizzato il sale iodato?
- Si, sempre
- Si, a volte
- No
- Dato non disponibile

VALUTAZIONE DIETE SPECIALI

Esiste una procedura per richiedere le diete speciali?
- Si
- Se si, quali? _____
- No
- Altro, specificare _____

Quali diete speciali vengono adottate nella struttura?
- Dieta senza glutine
- Dieta vegetariana
- Dieta ipocalorica
- Diete a consistenza modificata
- Altro, specificare_____

Esiste un menù a consistenza modificata?
- Sì
- No

Se sì, per quali ospiti è utilizzato?
- Pazienti disfagici
- Pazienti edentuli
- Pazienti con fatigue masticatoria/deglutitoria
- Altro, specificare_____

Viene effettuata una valutazione della composizione nutrizionale?
- Si
- No
- Altro, specificare_____

I piatti del menù omogeneo:
- Sono ricettati ad hoc per la dieta a consistenza modificata
- Sono quelli del vitto comune frullati
- Altro, specificare_____

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte

RESOCONTO VIGILANZA NUTRIZIONALE
(copia del documento da lasciare alla struttura vigilata)

Durante la vigilanza effettuata in data odierna, si sono riscontrati i seguenti aspetti:

CONTROLLO	CRITICITA' RISCONTRATE
GESTIONE DEL RISCHIO NUTRIZIONALE	☐ Nulla da segnalare ☐ Criticità: _____
VALUTAZIONE MENÙ	☐ Nulla da segnalare ☐ Criticità:
VALUTAZIONE PORZIONI	☐ Nulla da segnalare ☐ Criticità:
VALUTAZIONI CARATTERISTICHE MERCEOLOGICHE	☐ Nulla da segnalare ☐ Criticità:
VALUTAZIONE DIETE SPECIALI	☐ Nulla da segnalare ☐ Criticità:

Note (è possibile indicare nelle note che verrà inviata una valutazione più dettagliata via pec):

_____

_____

PRESENTI ALLA VIGILANZA NUTRIZIONALE

Per il SIAN: _____

Per la struttura: _____

Data	Firma

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente c
opia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è co
nservato negli archivi di Regione Piemonte

A cura della Commissione regionale Nutrizione
Direzione Sanità
Settore Prevenzione, Sanità Pubblica, Veterinaria e Sicurezza Alimentare

r_piemon - Rep. DD-A14 23/04/2024.0000286.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da BARTOLOMEO GRIGLIO La presente copia informatica è conforme al documento originale ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento cartaceo è conservato negli archivi di Regione Piemonte

Progettazione grafica e Stampa:

CENTRO STAMPA
REGIONE PIEMONTE