

DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE
SERVIZIO SANITA' VETERINARIA E SICUREZZA
ALIMENTARE

DETERMINAZIONE 30.12.2010, n. DG21/174:

Recepimento Intese ed Accordi tra Governo, Regioni e Province Autonome in materia di Sicurezza Alimentare e di gestione e verifiche dei laboratori.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Omissis

DETERMINA

per le ragioni e le finalità riportate in premessa

1. di recepire l'accordo tra Governo, Regioni e Province Autonome, sul documento recante "linee guida applicative del regolamento n. 852/2004/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio sull'igiene dei prodotti alimentari", sancito il 29 aprile 2010, Rep. Atti n. 59/CSR, allegato "A" al presente atto quale parte integrante e sostanziale;
2. di recepire l'accordo tra Governo, Regioni e Province Autonome, sul documento recante "Modalità Operative di iscrizione, aggiornamento, cancellazione dagli elenchi regionali di laboratori e modalità per l'effettuazione di verifiche ispettive uniformi per la valutazione della conformità dei laboratori", sancito il giorno 8 luglio 2010, Rep. Atti n. 78/CSR, allegato "B" al presente atto quale parte integrante e sostanziale;
3. di recepire l'intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome, sul documento "linee di indirizzo nazionale per la ristorazione scolastica", sancita il 29.04.2010, Rep. n. 2/CV, allegato "C" al presente atto quale parte integrante e sostanziale;
4. di recepire l'intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome, sul documento recante "linee guida per la definizione di una procedura uniforme sul territorio nazionale per l'attribuzione di un numero di identificazione agli operatori del settore mangimi", sancita il 23 settembre 2010 Rep. n. 155/CSR, allegato "D" al presente atto quale parte integrante e sostanziale;
5. di recepire l'intesa tra Governo, Regioni e

Province Autonome, sul documento recante "impiego transitorio di latte crudo bovino non rispondente ai criteri di cui all'allegato III, Sezione IX del Reg. CE n. 853/2004 per quanto riguarda il tenore di germi e cellule somatiche, per la produzione di formaggi con periodo di maturazione di almeno sessanta giorni", sancita il 23 settembre 2010 Rep. n. 159/CSR, allegato "E" al presente atto quale parte integrante e sostanziale;

6. di recepire l'intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome, sul documento recante "linee di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera ed assistenziale", sancita il 16 dicembre 2010 Rep. n. 246/CSR, allegato "F" al presente atto quale parte integrante e sostanziale;
7. il presente Provvedimento sostituisce ed abroga tutti i precedenti provvedimenti regionali in contrasto con il presente;
8. di integrare formalmente con i documenti recepiti con il presente atto, dalla data della presente Determinazione, il "IL LIBRO DELLE REGOLE", Piano Pluriennale Regionale Integrato dei Controlli della Sanità Pubblica Veterinaria e della Sicurezza Alimentare della regione Abruzzo (P.P.R.I.C.) 2008-2010", approvato con precedente Determinazione n. DG/11/54 del 31.03.2008;
9. di trasmettere, per il seguito di competenza, copia della presente Determinazione al Ministero della Salute, ai Direttori Generali ed ai Responsabili dei Dipartimenti di Prevenzione delle AA.SS.LL. regionali ed all'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "G. Caporale" di Teramo;
10. di trasmettere copia della presente determinazione al Direttore Regionale della Direzione Politiche della Salute, ai sensi dell'art. 16 della L.R. 10 maggio 2002, n. 7;
11. di disporre la pubblicazione della presente Determinazione sul *B.U.R.A. (Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo)*.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Dott. Giuseppe Bucciarelli

Seguono allegati



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome relativo a "Linee guida applicative del Regolamento n. 852/2004/CE del Parlamento europeo e del Consiglio sull'igiene dei prodotti alimentari".

Rep. Atti n. 59 / C.S.R. del 29 aprile 2010

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE
PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nella odierna seduta del 29 aprile 2010:

VISTI gli articoli 2, comma 2, lett. b) e 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che affidano a questa Conferenza il compito di promuovere e sancire accordi tra Governo e Regioni, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;

VISTO il Regolamento 852/2004/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 che detta norme di igiene generale ai fini della sicurezza alimentare propedeutiche alle norme specifiche in materia di igiene degli alimenti di cui ai Regolamenti 853/2004 e 854/2004;

VISTO l'Accordo sancito con proprio atto rep. n. 2470 del 9 febbraio 2006 relativo a "Linee guida applicative del Regolamento n. 852/2004/CE del Parlamento europeo e del Consiglio sull'igiene dei prodotti alimentari";

CONSIDERATO che, a seguito di talune criticità osservate nel primo periodo di applicazione del predetto Accordo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, con lettera in data 30 aprile 2009, hanno inviato uno schema di nuovo Accordo nella materia di cui trattasi, sostitutivo del più volte richiamato Accordo del 9 febbraio 2006 (Rep. atti n. 2470);

CONSIDERATO che, nel corso dell'incontro tecnico svoltosi il 27 maggio 2009, i rappresentanti del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali hanno assunto l'impegno di predisporre una nuova versione dello schema di Accordo in parola alla luce degli approfondimenti condotti nel corso della riunione medesima;

VISTA la lettera in data 23 giugno 2009 con la quale l'anzidetto Ministero ha inviato una nuova versione dello schema di Accordo che interessa, che è stata diramata alle Regioni e Province autonome in data 30 giugno 2009;

VISTA la nota in data 24 luglio 2009 con la quale il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali ha trasmesso una ulteriore versione dello schema di Accordo in oggetto che tiene conto anche delle osservazioni successivamente acquisite dalle Associazioni di categoria;

VISTA la lettera in data 4 agosto 2009 con la quale tale nuovo schema dell'Accordo in parola è stato diramato alle Regioni e Province autonome;



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

CONSIDERATO che il punto, iscritto all'ordine del giorno della seduta di questa Conferenza del 29 ottobre 2009, è stato rinviato su richiesta delle Regioni e delle Province autonome;

VISTA la lettera del 23 dicembre 2009 con la quale il Ministero dell'economia e delle finanze ha trasmesso le osservazioni formulate dal Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato sullo schema di Accordo di cui trattasi;

VISTA la lettera in data 7 gennaio 2010 con la quale tali osservazioni sono state portate a conoscenza del Ministero della salute e delle Regioni e Province autonome;

CONSIDERATO che, nel corso di una nuova riunione tecnica svoltasi il 21 gennaio 2010, è stata concordata una versione definitiva dello schema di Accordo, la quale recepisce le osservazioni formulate dal Ministero dell'economia e delle finanze e dalle Regioni e Province autonome;

VISTA la nota in data 27 gennaio 2010 con la quale il Ministero della salute ha trasmesso la definitiva versione dello schema di accordo in oggetto che recepisce quanto concordato nel corso del predetto incontro tecnico del 21 gennaio 2010;

VISTA la lettera in data 1° febbraio 2010 con la quale tale definitiva versione è stata diramata alle Regioni e Province autonome;

VISTA la nota in data 11 febbraio 2010 con la quale la Regione Toscana, Coordinatrice della Commissione salute, ha espresso l'avviso tecnico favorevole;

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo e dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome sulla predetta definitiva versione dello schema di Accordo relativo a "Linee guida applicative del Regolamento n. 852/2004/CE del Parlamento europeo e del Consiglio sull'igiene dei prodotti alimentari", nei termini di cui all'allegato sub 1;

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome nei termini di cui all'allegato sub 1, richiamato in premessa, parte integrante del presente atto.

IL SEGRETARIO
Cons. Emenegilda Siniscalchi

IL PRESIDENTE
On. Dott. Raffaele Fitto

Allegato sub 1

LINEA GUIDA APPLICATIVA DEL REGOLAMENTO CE N. 852/2004/CE DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO SULL'IGIENE DEI PRODOTTI ALIMENTARI

La presente linea-guida, predisposta in collaborazione con le Regioni e le Province Autonome, ha l'obiettivo di fornire agli operatori del settore alimentare ed agli organi di controllo indicazioni in merito all'applicazione del Regolamento CE n. 852/2004 sull'igiene dei prodotti alimentari, del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004, nonché precisare talune parti del sopra citato regolamento che danno facoltà agli Stati membri di mantenere o adottare disposizioni particolari adeguate alle singole realtà nazionali, nel rispetto dei principi generali di sicurezza alimentare.

Le disposizioni del Regolamento 852/2004 CE "Regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio sull'igiene dei prodotti alimentari" si rivolgono a tutti gli operatori del settore alimentare, dettando norme di igiene generale previste ai fini della sicurezza alimentare e sono propedeutiche alle norme specifiche in materia di igiene degli alimenti di origine animale di cui ai Regolamenti 853/2004 e 854/2004.

Spetta alle ASL attraverso i servizi medici e veterinari, ciascuno per la parte di propria competenza, condurre la verifica dell'applicazione del Regolamento sulla base delle indicazioni fornite dalla presente linea guida o specifiche e più puntuali precisazioni del Ministero della Salute, delle Regioni e Province Autonome, secondo i principi generali previsti dal Regolamento 882/2004.

1. AMBITO DI APPLICAZIONE ED ESCLUSIONI

Produzione primaria

Il Regolamento n. 852/2004 si applica alla produzione primaria comprese le attività di trasporto, di magazzinaggio e di manipolazione, intese come operazioni associate ai prodotti primari sul luogo di produzione, a condizione che questi non subiscano alterazioni sostanziali della loro natura originaria. Esso si applica, inoltre, al trasporto degli animali vivi e, nel caso di prodotti di origine vegetale, di prodotti della pesca e della caccia, al trasporto dal posto di produzione ad uno stabilimento

A tale proposito si riportano le seguenti definizioni:

- Produzione primaria: "tutte le fasi della produzione, dell'allevamento o della coltivazione dei prodotti primari, compresi il raccolto, la mungitura e la produzione zootecnica precedente la macellazione e comprese la caccia, la pesca e la raccolta di prodotti selvatici" (Reg. 178/2002 art. 3 punto 17).
- Prodotto primario: "i prodotti della produzione primaria compresi i prodotti della terra, dell'allevamento, della caccia e della pesca" (Reg. 178/2002 art. 2, comma 2, lettera b).

E' necessario definire, anche sulla base delle indicazioni fornite dalla Commissione U.E. nel documento guida relativo al Regolamento n. 852, l'ambito di applicazione del Regolamento nel contesto della produzione primaria tanto per i prodotti vegetali che per quelli di origine animale:

- Produzione, coltivazione di prodotti vegetali come semi, frutti, vegetali ed erbe comprese le operazioni di trasporto, stoccaggio e manipolazione che, tuttavia, non

[Handwritten signature]

alteri sostanzialmente la loro natura, dal punto di raccolta all'Azienda agricola e da qui allo stabilimento per le successive operazioni.

- Produzione e allevamento degli animali produttori di alimenti in azienda e qualsiasi attività connessa a questa, compreso il trasporto degli animali produttori di carne ai mercati, agli stabilimenti di macellazione ed in ogni caso di trasporto degli animali;
- Produzione ed allevamento di lumache in azienda ed il loro eventuale trasporto allo stabilimento di trasformazione o al mercato.
- Produzione di latte crudo ed il suo stoccaggio nell'allevamento di produzione; lo stoccaggio del latte crudo nei centri di raccolta diversi dall'allevamento dove il latte viene immagazzinato prima di essere inviato allo stabilimento di trattamento, non è da considerarsi una produzione primaria.
- Produzione e raccolta delle uova nello stabilimento di produzione escluso il confezionamento e l'imballaggio.
- Pesca, manipolazione dei prodotti della pesca, senza che sia alterata la loro natura, sulle navi, escluse le navi frigorifero e le navi officina ed il trasferimento dal luogo di produzione al primo stabilimento di destinazione.
- Produzione, allevamento e raccolta dei prodotti di acquacoltura ed il loro trasporto agli stabilimenti di trasformazione.
- Produzione, allevamento e raccolta di molluschi bivalvi vivi ed il loro trasporto ad un centro di spedizione o di depurazione
- Tutte le attività relative alla produzione dei prodotti derivanti dall'apicoltura deve essere considerata produzione primaria, compreso l'allevamento delle api, la raccolta del miele ed il confezionamento e/o imballaggio nel contesto dell'Azienda di apicoltura. Tutte le operazioni che avvengono al di fuori dell'Azienda, compreso il confezionamento e/o imballaggio del miele, non rientrano nella produzione primaria.
- Raccolta di funghi, tartufi, bacche, lumache ecc. selvatici ed il loro trasporto allo stabilimento di trasformazione.

Le tipologie sopramenzionate, necessitano di registrazione/denuncia inizio attività (D.I.A.) ai sensi del Regolamento n. 852/2004.

Ambito locale

Al fine di definire l'ambito di applicazione del Regolamento 852/2004, fermo restando che l'articolo 1 paragrafo 2, lettera c) esclude dal campo di applicazione la "fornitura diretta di piccoli quantitativi di prodotti primari dal produttore al consumatore finale o a dettaglianti locali che forniscono direttamente il consumatore finale", si ritiene utile riportare quanto già definito in merito nelle Linee Guida applicative del Regolamento 853/2004, che analogamente all'art. 1.paragrafo 3, lett. C, esclude dal campo di applicazione la "fornitura diretta di piccoli quantitativi di prodotti primari dal produttore al consumatore finale o ai laboratori annessi agli esercizi di commercio al dettaglio o di somministrazione a livello locale che riforniscono direttamente il consumatore finale".

Pertanto:

E' necessario definire cosa si intenda per:

- “fornitura diretta”
- “commercio al dettaglio”
- “livello locale”
- “piccolo quantitativo”.

Per quanto riguarda la fornitura diretta, nel testo italiano dei Regolamenti n. 852 ed 853/2004 è presente una differenza che necessita una precisazione. Infatti, nel Regolamento n. 852 si parla di “... *fornitura diretta di piccoli quantitativi di prodotti primari dal produttore al consumatore finale o a dettaglianti locali che forniscono direttamente il consumatore finale*” (Art. 1, comma 2, lettera c)). Il regolamento n. 853 invece, riporta: “ *fornitura diretta di piccoli quantitativi di prodotti primari dal produttore al consumatore finale o ai laboratori annessi agli esercizi di commercio al dettaglio o di somministrazione a livello locale*” (Art. 1, comma 2, lettera c).

Nel testo inglese viene utilizzata esclusivamente la dizione “esercizi commerciali al dettaglio”.

Per quanto sopra, in entrambi i casi, è possibile destinare direttamente i prodotti alla vendita presso un esercizio commerciale, compresi gli esercizi di somministrazione, anche se questo non rielabora i prodotti stessi.

Per quanto riguarda la definizione di “commercio al dettaglio “ si rimanda a quanto previsto dal Reg. 178/2002CE , art.3, punto 7.: “*la movimentazione e/o trasformazione degli alimenti e il loro stoccaggio nel punto di vendita o di consegna al consumatore finale, compresi i terminali di distribuzione, gli esercizi di ristorazione, le mense di aziende e istituzioni, i ristoranti e altre strutture di ristorazione analoghe, i negozi, i centri di distribuzione per supermercati e i punti vendita all'ingrosso*”.

In conformità ai Regolamenti (CE) n. 852/2004 e 853/2004, per fornitura diretta di piccoli quantitativi di prodotti primari si deve intendere la cessione occasionale e su richiesta del consumatore finale o dell'esercente un esercizio al commercio al dettaglio, di prodotti primari ottenuti nell'azienda stessa, a condizione che tale attività sia marginale rispetto all'attività principale.

Il concetto di “livello locale” deve essere definito, come specificato a livello comunitario, in modo tale da garantire la presenza di un legame diretto tra l'Azienda di origine e il consumatore (11° considerando del Regolamento).

E' opportuno precisare che quanto sopra esclude il trasporto sulle lunghe distanze e quindi non può in alcun modo essere inteso come “ambito nazionale”.

Pertanto, il “livello locale” viene ad essere identificato nel territorio della Provincia in cui insiste l'azienda e nel territorio delle Province contermini, ciò al fine di non penalizzare le aziende che si dovessero trovare al confine di una unità territoriale e che sarebbero quindi naturalmente portate a vendere i propri prodotti anche nel territorio amministrativo confinante.

Si sottolinea come l'esclusione dal campo di applicazione del regolamento e, quindi, degli obblighi che esso comporta, anche per il produttore primario che commercializza piccole quantità direttamente, non esime l'operatore dall'applicazione, durante la sua attività, delle

regole base dell'igiene e delle buone pratiche agricole al fine di ottenere un prodotto sicuro. Sono fatte salve, inoltre, le norme specifiche di settore.

In ogni caso il dettagliante, in ambito locale, ha l'obbligo di documentare la provenienza dei prodotti in base alle disposizioni del Regolamento 178/2002 CE relative alla rintracciabilità, che è oggetto di verifica da parte delle Autorità Competenti (così come individuate dall'art.2 del DLgs n.193/2007), insieme agli altri aspetti pertinenti, ai sensi e con le procedure previste dal Regolamento 882/2004 e dell'Accordo di Conferenza Stato Regioni "linee guida ai fini della rintracciabilità degli alimenti e dei mangimi per fini di sanità pubblica, volto a favorire l'attuazione del Regolamento 178/2002 CE del Parlamento europeo e del Consiglio".

Il dettagliante che acquista prodotti da un produttore escluso dal campo di applicazione del Regolamento 852 ha l'obbligo della rintracciabilità e si assume la responsabilità diretta sui prodotti che acquista e ha quindi l'obbligo di mettere in atto le procedure di rintracciabilità in caso di allerta.

2. REGISTRAZIONE/DIA

Tutte le attività di produzione, trasformazione, trasporto, magazzinaggio, somministrazione e vendita sono soggette a procedura di registrazione/DIA, qualora non sia previsto il riconoscimento ai sensi dei Regolamenti 852 e 853/2004.

Ogni operatore del settore alimentare deve quindi notificare all'autorità competente, al fine della sua registrazione, ogni stabilimento posto sotto il suo controllo, laddove per stabilimento si intende ogni unità di un'«impresa alimentare» a sua volta definita come "ogni soggetto pubblico o privato, con o senza fini di lucro, che svolge una qualsiasi delle attività connesse ad una delle fasi di produzione, trasformazione e distribuzione degli alimenti" (art. 3 del Reg. 178/2002). Sono registrati e quindi sottoposti a controllo ufficiale ai sensi del Regolamento 882/2004 anche, tutti gli stabilimenti di produzione primaria che non sono soggetti a riconoscimento ai sensi dei Regolamenti 852 e 853/2004, con l'esclusione di quelli finalizzati alla produzione di alimenti per il solo consumo domestico privato.

Il Regolamento 852/2004 non prevede ai fini della registrazione delle imprese alimentari, l'obbligo di un'ispezione preventiva da parte dell'organo tecnico dell'ASL competente.

Le attività già in possesso di Autorizzazione o Nulla osta sanitario o di una Registrazione/DIA ai sensi di specifica normativa di settore, non hanno necessità di effettuare un'ulteriore notifica ai fini della registrazione/DIA prevista dal Reg. 852/2004.

Salvo diversa specifica determinazione della Regione o Provincia Autonoma l'anagrafe delle registrazioni è di competenza delle ASL.

Il titolare dell'industria alimentare effettua presso l'ASL in cui ha sede l'attività o in cui è residente (nel caso si tratti di attività prive di stabilimento, quali, ad esempio, il trasporto per conto terzi, o la vendita su aree pubbliche in assenza di laboratorio o deposito correlati), la notifica dell'apertura, della variazione di titolarità o di tipologia di attività, della cessazione, della chiusura di ogni attività soggetta a registrazione/DIA. L'ASL (i Servizi del Dipartimento di Prevenzione) effettua la registrazione secondo un tracciato record contenente almeno le informazioni di cui all'Allegato A, punti da 1 a 5.

Ogni Regione provvederà, con specifico provvedimento, ad approvare apposita modulistica al fine di disporre di una dichiarazione circostanziata, non equivocabile e omogenea sul proprio territorio.

Per motivi organizzativi locali, è fatta salva la possibilità che le Regioni si avvalgano, con apposita regolamentazione, dei Comuni per il ricevimento delle notifiche presentate dagli operatori del settore alimentare.

Modalità applicative della notifica per l'inizio di nuove attività o per le modifiche sostanziali (strutturali o di tipologia) di attività esistenti

La registrazione viene effettuata a seguito di una semplice notifica, con le modalità stabilite dalle singole Regioni o Province Autonome.

L'operatore del settore alimentare può iniziare l'attività successivamente all'avvenuta notifica.

Presupposto della notifica è che al momento della presentazione il titolare dichiari che l'esercizio possiede i requisiti minimi prestabiliti dal Regolamento CE/852/2004 e dalle altre normative pertinenti in funzione dell'attività svolta (scarichi, ecc..).

L'operatore del settore alimentare deve presentare la notifica accompagnata almeno da una relazione tecnica e da una planimetria dei locali ove si svolge l'attività.

Nell'ambito delle attività di controllo ufficiale gli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL verificano la rispondenza di quanto autocertificato nella notifica e, nel caso di false dichiarazioni, possono procedere alla denuncia ai sensi del D.P.R. 445 del 28.12.2000.

Entro il 31 dicembre 2009 dovranno essere effettuate le registrazioni di tutte le attività esistenti soggette all'obbligo di notifica ai sensi del Reg. CE/852/2004.

La registrazione si deve basare su di un sistema informativo efficiente, consultabile ed aggiornato in tempo reale. Poiché i dati riferiti alle singole industrie devono essere raccolti in modo omogeneo sul territorio nazionale, nell'allegato A vengono elencati i dati minimi da registrare.

Ai fini della registrazione/DIA è facoltà delle Regioni e delle Province Autonome di avvalersi di sistemi informativi, purché accessibili e consultabili da parte delle Autorità competenti e che consentano alle medesime la conoscenza delle informazioni minime necessarie alla programmazione delle attività di controllo ufficiale.

Comunicazione relativa ai mezzi di trasporto di prodotti alimentari

Le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano stabiliscono gli ambiti e le modalità ai fini delle notifiche o delle comunicazioni dei mezzi di trasporto dei prodotti alimentari, a condizione che si raggiungano comunque gli obiettivi del presente Accordo.

3. RICONOSCIMENTO

Le attività di produzione, commercializzazione e deposito ai fini della commercializzazione degli additivi alimentari e degli aromi sono soggette a riconoscimento ai sensi del Regolamento CE 852/2004.

Ai sensi dell'articolo 6 comma 3 lettera a di tale regolamento è infatti nella facoltà degli Stati membri di prescrivere, a norma della legislazione nazionale, il riconoscimento degli stabilimenti.

Considerato il ruolo strategico degli additivi e degli aromi nella produzione di tutti i pretti alimentari e gli adempimenti comunitari stabiliti dalle recenti disposizioni di cui ai Regolamenti CE 1331/2008, 1332/2008, 1333/2008 e 1334/2008 (CD. Pacchetto F.I.A.P.: Food Improvement Agents Package), che coinvolgono tra l'altro le attività di controllo, il procedimento di autorizzazione alla produzione, commercializzazione e deposito di additivi alimentari e aromi, già disciplinato dal D.P.R. 19 novembre 1997 n.514, è da intendersi pertanto quale riconoscimento.

In tal senso i requisiti igienico-sanitari che devono possedere gli stabilimenti di produzione, commercializzazione e deposito di additivi alimentari e degli aromi, già disciplinati dal D.M. 5 febbraio 1999, devono intendersi quelli previsti dall'Allegato II del Regolamento CE n.852/2004.

Per ciò che concerne le modalità applicative del riconoscimento degli stabilimenti in questione, continuano a valere le disposizioni di cui al D.P.R. 514/1997, nei limiti in cui non contrastano con la sopravvenuta normativa comunitaria, ed in particolare gli articoli 1 e 2 del D.P.R. sopra citato.

Tenuto conto che nell'ambito delle disposizioni comunitarie sui Food Improvement Agents Package (F.I.A.P.) unitamente agli additivi ed agli aromi sono stati disciplinati gli enzimi alimentari, anche le attività di produzione, commercializzazione e deposito ai fini della commercializzazione degli enzimi di cui al regolamento CE 1332/2008 devono intendersi soggette a riconoscimento ai sensi del Regolamento CE 852/2004 e alle altre disposizioni normative sopra richiamate, analogamente a quanto prescritto in materia di additivi ed aromi.

4. DEROGHE

Con l'entrata in applicazione del "pacchetto igiene" e cioè dal 1.1.2006 ed a seguito dell'applicazione della Direttiva 2004/41/CE, sono decadute le deroghe concesse in base alla normativa comunitaria preesistente.

Da un punto di vista generale, è da notare che le misure nazionali da adottare eventualmente in conformità all'articolo 13, paragrafo 3 del Regolamento n. 852/2004,

riguardano l'adattamento dei requisiti specifici di cui all'allegato II dello stesso regolamento 852.

E' opportuno sottolineare che i soggetti che intendono fare richiesta di deroga esaminino attentamente i Regolamenti e ne facciano richiesta solo nei casi in cui sia effettivamente necessario. Alla luce di quanto detto, il numero e la qualità delle deroghe che verranno concesse per consentire l'utilizzazione ininterrotta dei metodi tradizionali nelle fasi della produzione, trasformazione o distribuzione degli alimenti sicuramente rispecchierà la "nuova filosofia" dei regolamenti.

A tale proposito, si rappresenta che con l'articolo 7 del Regolamento n. 2074/2005/CE della Commissione del 5 dicembre 2005 vengono forniti ulteriori chiarimenti e disposizioni in merito alle deroghe in esame.

Innanzitutto, viene chiarito che con "alimenti con caratteristiche tradizionali" vengono identificati quei prodotti alimentari che in ciascun Stato Membro vengono "prodotti tradizionalmente" per:

- 1) ragioni storiche che lo rendono "tradizionale"
- 2) un procedimento tecnologico di produzione tradizionale autorizzato, codificato o registrato; oppure
- 3) oggetto di salvaguardia come "alimento tradizionale" in base a norme Comunitarie, nazionali, regionali o locali.

Possano quindi essere concesse deroghe individuali o generali in relazione ai requisiti di cui al:

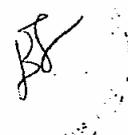
- a) Capitolo II, paragrafo 1 dell'Allegato II, relativo ai requisiti ambientali dei locali necessari a conferire loro caratteristiche specifiche. In particolare i locali possono presentare pareti, soffitti e porte non costituite da materiale liscio, impermeabile, non assorbenti o costruiti con materiale non resistente alla corrosione e pareti, soffitti e pavimenti geologici naturali.
- b) Capitolo II, paragrafo 1, lettera f e Capitolo V, paragrafo 1 dell'Allegato II, relativo al tipo di materiale che costituisce gli strumenti specifici per la preparazione, il confezionamento e l'imballaggio di tali prodotti.

La pulizia e la disinfezione di detti ambienti, nonché la frequenza di dette operazioni deve essere adeguata al mantenimento dei requisiti dell'habitat idoneo alla flora microbica specifica.

Gli utensili devono essere mantenuti sempre in condizioni igieniche appropriate e devono essere regolarmente puliti e disinfettati.

Gli operatori del settore alimentare che intendono chiedere deroghe per quanto sopra indicato, devono inviare al Ministero della salute - Dipartimento per la Sanità Pubblica Veterinaria, la Nutrizione e la Sicurezza Alimentare, per il tramite delle Regioni e Province Autonome che esprimeranno il loro parere, una domanda corredata da:

- una breve descrizione dei requisiti per i quali vogliono richiedere la deroga
- una descrizione dei prodotti e degli stabilimenti interessati; e
- qualsiasi altra informazione utile.



5. AMBITI PARTICOLARI DI SEMPLIFICAZIONE

Le tabaccherie, oltre alla vendita dei generi di monopolio, possono effettuare, dietro presentazione di apposita istanza da parte del titolare della rivendita, la vendita di prodotti che rientrano nella tabella speciale per tabaccai ai sensi dell'art. 7 del D.lgs 114/98, tra cui sono compresi i pastigliaggi vari. Ai sensi dei Regolamenti 178/2002 e 852/2004 CE, il tabaccaio risulta a tutti gli effetti operatore del settore alimentare e responsabile degli obblighi che ne corrispondono.

Al fine di facilitare l'esercizio legittimo delle proprie attività, si ritiene necessario che le tabaccherie e le altre attività non ancora registrate ai sensi del Reg CE 852/2004 (esercizi annessi a distributori carburanti, cinema, teatri, ecc..), che effettuano la distribuzione di alimenti non deperibili che non necessitano di particolari condizioni di conservazione, adempiano alle seguenti indicazioni operative gestionali ed igienico sanitarie:

- obbligo di Registrazione secondo le modalità definite da ciascuna Regione e P.A. in base alle indicazioni delle presenti linee-guida;
- conoscenza generale delle norme di igiene, eventualmente supportata da adeguata formazione di base;
- mantenimento delle registrazioni inerenti l'acquisto dei prodotti alimentari per un periodo sufficientemente adeguato, predisponendo procedure per l'individuazione di tutti i fornitori che possano consentire, se del caso, di avviare procedure di ritiro dal mercato ("linee guida ai fini della rintracciabilità degli alimenti e dei mangimi per fini di sanità pubblica "volto a favorire l'attuazione del regolamento n. 178/2002).

Le farmacie, essendo in possesso, dal momento dell'inizio della loro attività, dell'autorizzazione sanitaria di cui al punto 2) delle presenti linee guida, sono esentate da ulteriore notifica ai fini della Registrazione/DIA.

Al fine di completare l'iter della registrazione previsto dai Regolamenti comunitari, si ritiene sufficiente una trasmissione, interna all'ASL, dei dati relativi alle singole farmacie, dal Servizio Farmaceutico ai competenti servizi del Dipartimento di Prevenzione

Distributori automatici

Premesso che:

- per "stabilimento si intende ogni unità di un'impresa alimentare, a sua volta definita come ogni soggetto pubblico o privato... che svolge una qualsiasi delle attività connesse ad una delle fasi di produzione, trasformazione e distribuzione degli alimenti " (art. 3 Reg.CE n.178/2002)
- il distributore automatico non è che semplicemente un bene strumentale (cespite) in capo all'unico soggetto privato che è l'impresa che svolge il servizio di ristoro; è necessario.
- Prevedere la sola registrazione a mezzo comunicazione inizio attività (DIA) effettuata da parte dell'impresa che fornisce il servizio di ristoro a mezzo distributori automatici alla ASL dove l'impresa stessa ha sede legale o stabilimento con allegato elenco delle postazioni (completo di indirizzo) dove i distributori sono collocati;
- nei casi di installazioni dei distributori automatici (esclusi quelli per il latte crudo, che seguono specifica normativa) in Comuni diversi da quello in cui l'impresa ha il proprio stabilimento, nonché nei casi di successive variazioni, questa non dovrà effettuare una DIA

ma una semplice comunicazione con il prospetto cumulativo aggiornato delle locazioni dove i distributori automatici sono installati.

6. MANUALI DI CORRETTA PRASSI OPERATIVA

Il Regolamento (CE) n.852/2004 promuove l'elaborazione di manuali di corretta prassi operativa in materia di igiene e di applicazione dei principi del sistema HACCP ed incoraggia la divulgazione e l'uso degli stessi.

Nonostante la predisposizione e l'adozione di tali manuali abbiano carattere volontario, va evidenziata l'importanza del loro uso da parte degli operatori del settore alimentare e della loro divulgazione da parte dei settori dell'industria alimentare. Ciò al fine di facilitare l'attuazione da parte degli operatori alimentari delle norme generali di igiene e l'applicazione dei principi del sistema HACCP.

I manuali sono redatti dalle Associazioni di categoria o da altri enti che siano interessati alla loro utilizzazione. Nella loro elaborazione può essere prevista anche la collaborazione di settori della pubblica amministrazione deputati al controllo ufficiale.

Allo stesso tempo il Regolamento (CE) n.852/2004 CE prevede la valutazione dei manuali di corretta prassi operativa al fine di verificarne la conformità alle disposizioni ivi previste. La richiesta di valutazione va inviata al Ministero della Salute che trasmette il manuale all'Istituto Superiore di Sanità, alle Regioni ed alle Province Autonome di Trento e di Bolzano.

Contestualmente il Ministero della Salute trasmette il manuale alle Associazioni di categoria ed alle Associazioni di consumatori, di cui all'art.5 della legge 30 luglio 1998 n.281, interessate alla materia oggetto dello stesso che hanno chiesto di partecipare al processo di valutazione dei manuali.

A tal fine le Associazioni sopra citate, che desiderano partecipare al processo di valutazione dei manuali, sono tenute a informare il Ministero della Salute entro sessanta giorni dalla pubblicazione del presente Accordo sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Le stesse Associazioni che successivamente a tale data intendano partecipare al processo di valutazione dei manuali sono tenute ad informarne il Ministero della Salute entro il 31 dicembre di ogni anno.

Le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano e le Associazioni di cui sopra possono far pervenire al Ministero della Salute eventuali osservazioni entro 60 giorni dalla data di ricevimento dei manuali.

Il Ministero della salute comunica le eventuali modifiche da apportare al manuale al proponente, che provvederà a modificarlo ed inviarlo allo stesso Ministero.

I manuali conformi alle disposizioni del regolamento (CE) n.852/2004 vengono trasmessi alla Commissione Europea da parte del Ministero della Salute, il quale nel contempo ne informa l'Associazione di categoria proponente.

Il Ministero della Salute provvede alla pubblicazione di apposito avviso della conformità del manuale sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Il manuale può quindi essere pubblicato dall'Associazione di categoria che lo ha elaborato con il proprio logo e con l'aggiunta della dicitura "redatto in conformità del Regolamento (CE) n.852/2004".

Una copia del manuale è depositata presso il Ministero della Salute Dipartimento per la Sanità Pubblica Veterinaria, la Nutrizione e la Sicurezza Alimentare, che pubblicherà sul proprio sito un elenco dei manuali conformi.

Tale elenco può contenere manuali consultabili previo espressa autorizzazione della Associazione proponente.

I manuali di corretta prassi conformi in base alla normativa previgente devono essere nuovamente validati

7. FORMAZIONE

E' opportuno richiamare l'attenzione degli operatori del settore alimentare sulla idonea formazione del personale che opera all'interno della propria impresa alimentare.

L'operatore deve assicurare che il personale sia adeguatamente formato circa:

- l'igiene alimentare, con particolare riguardo alle misure di prevenzione dei pericoli igienico sanitari connessi alla manipolazione degli alimenti;
- l'applicazione delle misure di autocontrollo e dei principi HACCP correlati allo specifico settore alimentare ed alle mansioni svolte dal lavoratore stesso;

il personale deve, inoltre, essere informato sui:

- rischi identificati
- punti critici di controllo relativi alle fasi della produzione, stoccaggio, trasporto e/o distribuzione, sulle:
- misure correttive
- misure di prevenzione
- documentazione relativa alle procedure.

Le associazioni del settore alimentare possono diramare manuali di buona prassi igienica e per l'applicazione dei principi HACCP e provvedere opportunamente alla formazione dei lavoratori.

L'Autorità competente nell'ambito delle procedure di controllo e verifica dell'applicazione della normativa alimentare da parte dell'operatore nell'impresa alimentare, dovrà verificare la documentazione relativa alle iniziative intraprese per l'opportuna formazione del personale.

A tale proposito, questo deve necessariamente comprendere un coinvolgimento diretto del personale addetto alle varie fasi delle lavorazioni attraverso una costante educazione sanitaria, la quale ha la duplice finalità di garantire una produzione igienica degli alimenti a tutela dei consumatori nonché di salvaguardare gli stessi lavoratori dai rischi connessi con talune malattie.

La formazione del personale non può e non deve essere un fatto episodico, ma richiede un continuo aggiornamento per il personale che opera nei diversi impianti e settori.

ALLEGATO A

- 1) Identificazione dello stabilimento
 - Denominazione
 - Ragione Sociale
 - Codice fiscale/Partita IVA
 - Sede operativa e sede legale

- 2) Numero di registrazione (Comune-attività-numero)*
- 3) Tipo di attività (come riferimento, possono essere utilizzati i Codici ATECO)
- 4) Inizio attività
- 5) Fine attività

- 6) Ispezioni
 - Data effettuazione
 - Esito

**facoltativo*





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

Accordo, ai sensi dell'articolo 40, comma 3, della legge 7 luglio 2009 n. 88, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento relativo alle "Modalità operative di iscrizione, aggiornamento, cancellazione dagli elenchi regionali di laboratori e modalità per l'effettuazione di verifiche ispettive uniformi per la valutazione della conformità dei laboratori"

Rep. Atti n. 8/ese dell'8 luglio 2010

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE
PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nella odierna seduta dell'8 luglio 2010:

VISTI gli articoli 2, comma 1, lettera b) e 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 che attribuiscono a questa Conferenza la facoltà di promuovere e sancire accordi tra il Governo, le Regioni e le Province autonome, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;

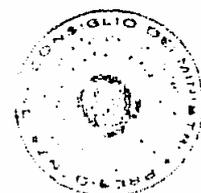
VISTA la legge 7 luglio 2009, n. 88 (legge comunitaria 2008) che, all'articolo 40, comma 2, dispone che i laboratori di autocontrollo nel settore alimentare devono essere accreditati, secondo la norma UNI CEI EN ISO IEC 17025, per le singole prove o gruppi di prove, da un organismo di accreditamento riconosciuto e operante ai sensi della norma UNI CEI EN ISO/IEC 17011 ed al comma 3 del medesimo articolo prevede che, con apposito Accordo tra lo Stato, le Regione e le Province Autonome di Trento e Bolzano, sono definite le modalità operative di iscrizione, aggiornamento, cancellazione in appositi elenchi dei laboratori, nonché modalità uniformi per l'effettuazione di verifiche ispettive per la valutazione della conformità dei laboratori medesimi ai requisiti di cui al comma 2;

VISTO il Regolamento CE n.178/2002 del Parlamento europeo e del Consiglio del 28 gennaio 2002 che stabilisce i principi ed i requisiti generali della legislazione alimentare, istituisce l'Autorità europea per la sicurezza alimentare e fissa procedure nel campo della sicurezza alimentare;

VISTO, in particolare, l'articolo 17 del predetto Regolamento CE n. 178/2002 che stabilisce che gli operatori del settore alimentare e dei mangimi hanno l'obbligo di garantire e di verificare che nelle imprese da essi controllate, gli alimenti o i mangimi soddisfino le disposizioni della legislazione alimentare inerenti alle loro attività in tutte le fasi della produzione, della trasformazione e delle distribuzione;

VISTO il Regolamento CE n. 852/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 sull'igiene dei prodotti alimentari, che, all'articolo 3, stabilisce che gli operatori del settore alimentare garantiscano che in tutte le fasi della produzione, della trasformazione e della distribuzione degli alimenti sottoposte al loro controllo soddisfino i pertinenti requisiti di igiene fissati dal regolamento medesimo;

gh





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

VISTO il Regolamento CE n. 765/2008 del Parlamento europeo e del Consiglio del 9 luglio 2008 che pone norme in materia di accreditamento e vigilanza del mercato per quanto riguarda la commercializzazione dei prodotti e che abroga il Regolamento CE n.339/93;

VISTO il decreto del Ministro dello sviluppo economico 22 dicembre 2009 che designa "Accredia" quale unico organismo nazionale italiano autorizzato a svolgere attività di accreditamento e vigilanza del mercato.

VISTO l'Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 17 giugno 2004 (Rep. atti n. 2028) recante: "Requisiti minimi e criteri per il riconoscimento dei laboratori di analisi non annessi alle industrie alimentari ai fini dell'autocontrollo";

VISTA la nota in data 2 febbraio 2010 con la quale le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, per dare attuazione alle suddette disposizioni della legge comunitaria 2008, hanno trasmesso, ai fini del perfezionamento del previsto Accordo in Conferenza Stato-Regioni, il documento indicato in oggetto sostitutivo di quello in precedenza approvato con il richiamato Accordo del 17 giugno 2004;

VISTA la lettera in data 4 febbraio 2010 con la quale la proposta di accordo in parola è stata portata a conoscenza ai Ministeri competenti;

CONSIDERATO che, nel corso dell'incontro tecnico svoltosi il 17 marzo 2010, sono state concordate dai rappresentanti delle Amministrazioni centrali interessate e da quelli delle Regioni e Province autonome alcune modifiche allo schema di accordo in oggetto;

VISTA la nota in data 23 marzo 2010, diramata con nota del 29 marzo 2010, con la quale il Ministero della salute ha inviato la definitiva versione dello schema di accordo in parola che recepisce quanto concordato nel corso del predetto incontro tecnico del 17 marzo 2010;

CONSIDERATO che l'argomento è stato iscritto all'ordine del giorno della seduta della Conferenza Stato-Regioni del 27 maggio 2010 e che la stessa non ha avuto luogo;

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta di questa Conferenza, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano;

SANISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome nei termini sotto indicati:

gh





Art. 1
(Campo di applicazione)

Il presente accordo si applica ai:

- a) laboratori non annessi alle imprese alimentari che effettuano analisi nell'ambito delle procedure di autocontrollo per le imprese alimentari;
- b) laboratori annessi alle imprese alimentari che effettuano analisi ai fini dell'autocontrollo per conto di altre imprese alimentari facenti capo a soggetti giuridici diversi.

Art. 2
(Requisiti)

1. I laboratori di cui all'art., lettere a) e b), di seguito indicati come "laboratori", devono essere accreditati, secondo la norma UNI CEI EN ISO/IEC 17025, per le singole prove o gruppi di prove, da un organismo di accreditamento riconosciuto e operante ai sensi della norma UNI CEI EN ISO/IEC 17011.
2. I laboratori possono affidare l'esecuzione di determinate prove ad un altro laboratorio, accertandone preliminarmente l'accreditamento secondo le disposizioni di cui al precedente comma 1 e l'iscrizione negli elenchi regionali di cui al presente accordo. I laboratori affidanti devono altresì conservare, a disposizione delle Autorità competenti, tutta la documentazione comprovante i requisiti dei laboratori affidatari ed i rapporti di convezione a tal fine stipulati.

Art. 3
(Elenchi regionali dei laboratori)

1. Le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano iscrivono in appositi elenchi, i laboratori presenti sul proprio territorio.
 - a) in possesso dei requisiti di cui all'articolo 2, comma 1;
 - b) non ancora accreditati ai sensi dell'articolo 2 comma 1, ma che abbiano comprovato l'avvio delle procedure di accreditamento per le relative prove o gruppi di prove. In tale caso l'accreditamento dovrà essere conseguito al massimo entro 18 mesi dalla data di invio alla Regione o alla Provincia Autonoma dell'istanza.
2. L'iscrizione di cui al precedente comma 1 consente l'esercizio dell'attività inerente il presente accordo su tutto il territorio nazionale ed è valida fino al permanere delle condizioni in base alle quali essa è stata effettuata.
3. Le Regioni e Province Autonome provvedono alla pubblicazione, con cadenza almeno annuale, degli elenchi di cui al presente articolo, aggiornati, trasmettendone copia al Ministero della salute, per la pubblicazione dell'elenco nazionale sul sito del medesimo Ministero.





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

**Art.4
(Iscrizione negli elenchi regionali)**

1. Per l'iscrizione nell'elenco regionale di cui all'articolo 3, il titolare o il legale rappresentante della Società o Ente che gestisce il laboratorio, presenta istanza alla Regione o alla Provincia Autonoma territorialmente competente per la sede operativa del laboratorio, secondo le modalità previste dai provvedimenti di recepimento del presente accordo.
2. Deve essere presentata istanza di iscrizione per ogni sede operativa di laboratorio.
3. A tal fine le Regioni e le Province Autonome richiedono almeno la seguente documentazione:
 - a) elenco delle matrici e delle relative specifiche prove accreditate o in corso di accreditamento per le quali si chiede l'iscrizione;
 - b) copia del relativo certificato di accreditamento;
 - c) attestazione di avvenuto pagamento della somma prevista dai provvedimenti attuativi di recepimento del presente Accordo.
 Le Regioni e le Province Autonome possono richiedere ulteriore specifica documentazione.
4. I laboratori di cui all'articolo 3, comma 1, che non risultano accreditati ai sensi dell'articolo 2, comma 1, possono essere iscritti presentando copia della documentazione rilasciata dall'organismo di accreditamento comprovante l'avvio delle procedure di accreditamento. In ogni caso l'accREDITAMENTO dovrà essere acquisito entro 18 mesi dalla data di invio alla Regione o della Provincia Autonoma, dell'istanza.
5. Nel caso vi sia variazione di sede operativa del laboratorio deve essere presentata una nuova istanza di iscrizione.
6. Il mancato accreditamento o il difetto della sua comunicazione entro i termini previsti dal precedente comma 4, comportano la cancellazione d'ufficio del laboratorio o delle specifiche prove dagli elenchi regionali.

**Art.5
(Aggiornamento)**

1. Il titolare o il legale rappresentante della Società o Ente che gestisce il laboratorio è tenuto a comunicare alla Regione o Provincia Autonoma competente:
 - a) l'aggiornamento delle matrici e delle specifiche prove accreditate o in corso di accreditamento;
 - b) l'esito delle verifiche periodicamente effettuate dall'organismo di accreditamento;
 - c) variazioni della ragione sociale della Società o Ente. Le Regioni e le Province Autonome possono richiedere ulteriori specifiche di aggiornamento.

**Art.6
(Verifiche)**

1. Le Autorità competenti, come individuate dal D.Lgs 193/2007, effettuano verifiche presso i laboratori inseriti negli elenchi regionali in merito al possesso e al mantenimento dei requisiti

DIREZIONE REGIONALE
 REGIONE ABRUZZO
 SERVIZIO REGIONALE
 ACCREDITAMENTO
 LABORATORI
 085/4291111

g.





Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, sulle linee di indirizzo nazionale per la ristorazione scolastica.

Rep. n. 2 / C.U. del 29 / 04 / 2010

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nell'odierna seduta del 29 aprile 2010:

VISTO l'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, che prevede la possibilità per il Governo di promuovere, in sede Conferenza Stato-Regioni o di Conferenza Unificata, la stipula di intese dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni;

VISTA la nota pervenuta in data 20 marzo 2009 con la quale il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali ha trasmesso, ai fine del perfezionamento di una apposita intesa in sede di Conferenza Unificata, un documento recante "Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione scolastica";

CONSIDERATO che il documento in parola, che è rivolto a tutti gli operatori della ristorazione scolastica, muovendo dall'esigenza di facilitare sin dall'infanzia l'adozione di abitudini alimentari corrette per la promozione della salute e la prevenzione di patologie cronico-degenerative di cui l'alimentazione scorretta è uno dei principali fattori di rischio, è volto a fornire a livello nazionale indicazioni per migliorare la qualità, in particolare sotto i profili nutrizionali, della ristorazione scolastica stessa;

CONSIDERATO che il predetto documento contiene indicazioni per organizzare e gestire il servizio di ristorazione, per definire il capitolato d'appalto e per fornire un pasto adeguato ai fabbisogni per le diverse fasce di età, educando i minori all'acquisizione di abitudini alimentari corrette;

VISTA la lettera in data 25 marzo 2009 con la quale il documento di cui trattasi è stato diramato alle Regioni e Province autonome ed alle Autonomie locali;

CONSIDERATO che, nel corso dell'incontro tecnico svoltosi al riguardo in data 21 aprile 2009, i rappresentanti delle Regioni hanno fatto espressa richiesta di formulare successivamente, a seguito di ulteriori approfondimenti, le proposte di modifica del predetto documento;

CONSIDERATO che il punto, iscritto all'ordine del giorno della seduta della Conferenza Unificata del 29 ottobre 2009, è stato rinviato su richiesta delle Regioni e delle Province autonome;





VISTA la nota in data 11 novembre 2009 con la quale la Regione Toscana, Coordinatrice interregionale in sanità, ha inviato una nuova versione dello schema di intesa in oggetto;

CONSIDERATO che, nel corso dell'incontro tecnico svoltosi al riguardo il 30 novembre 2009, sono state concordate alcune modifiche allo schema di intesa da ultimo pervenuto;

VISTA la nota in data 2 dicembre 2009 con la quale il Ministero del lavoro, delle salute e delle politiche sociali ha trasmesso la definitiva versione dello schema di intesa in oggetto, allegato sub A, parte integrante del presente atto, che recepisce quanto concordato nel corso del predetto incontro tecnico;

VISTA la lettera in data 4 dicembre 2009 con la quale tale definitiva versione è stata diramata alle Regioni e Province autonome ed alle Autonomie locali;

CONSIDERATO che l'argomento è stato iscritto all'ordine del giorno delle sedute della Conferenza Unificata del 17 dicembre 2009 e del 27 gennaio 2010 e che le stesse non hanno avuto luogo;

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta di questa Conferenza, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano e delle Autonomie locali;

SANCISCE INTESA

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie locali sulle linee di indirizzo nazionale per la ristorazione scolastica, Allegato sub A, parte integrante del presente atto.

IL SEGRETARIO
Cons. Ermenegilda Siniscalchi



IL PRESIDENTE
On. Dott. Raffaele Fitto

Allegato A

**LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALE PER LA RISTORAZIONE
SCOLASTICA**

INDICE

- 1. Introduzione**
- 2. La ristorazione come sistema gestionale**
- 3. Ruoli e responsabilità**
- 4. Aspetti nutrizionali e LARN**
- 5. Aspetti interculturali**
- 6. Criteri e indicazioni per la definizione del Capitolato**
 - a) oggetto dell'appalto
 - b) menù
 - c) prodotti alimentari
 - d) personale
 - e) igiene
 - f) trasporto e distribuzione dei pasti
 - g) valutazione del rispetto dei requisiti del servizio di ristorazione scolastica
 - h) valutazione e gestione di eccedenze e avanzi, riduzione della produzione di rifiuti
 - i) penali
- 7. Allegati**
 - diete speciali
 - tabella per l'organizzazione del servizio e delle relative attività
 - siti e riferimenti bibliografici



1.

INTRODUZIONE

Le *Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione scolastica* muovono dall'esigenza di facilitare, sin dall'infanzia, l'adozione di abitudini alimentari corrette per la promozione della salute e la prevenzione delle patologie cronico-degenerative (diabete, malattie cardiovascolari, obesità, osteoporosi, ecc.) di cui l'alimentazione scorretta è uno dei principali fattori di rischio.

D'altra parte i profondi cambiamenti dello stile di vita delle famiglie e dei singoli hanno determinato, per un numero sempre crescente di individui, la necessità di consumare almeno un pasto fuori casa, utilizzando i servizi della ristorazione collettiva e commerciale.

Come è noto, l'obiettivo di favorire nella popolazione corretti stili di vita è prioritario a livello internazionale.

L'accesso e la pratica di una sana e corretta alimentazione è uno dei diritti fondamentali per il raggiungimento del migliore stato di salute ottenibile, in particolare nei primi anni di vita.

Nella "Convenzione dei diritti dell'infanzia", adottata dall'ONU nel 1989, è sancito infatti il diritto dei bambini ad avere un'alimentazione sana ed adeguata al raggiungimento del massimo della salute ottenibile e nella revisione della "European Social Charter" del 1996 si afferma che "ogni individuo ha il diritto di beneficiare di qualunque misura che possa renderlo in grado di raggiungere il miglior livello di salute ottenibile".

L'Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) ha approvato nel 2006 "Gaining health", uno specifico programma che prevede una strategia multisettoriale mirata alla prevenzione e al controllo delle malattie croniche. A fine 2007, l'OMS insieme con la Commissione Europea ed i 27 Stati Membri della Unione, hanno approvato una dichiarazione su "La salute in tutte le politiche", per promuovere l'elaborazione e l'attuazione di politiche favorevoli alla salute in diversi ambiti, quali alimentazione, ambiente, commercio, educazione, industria, lavoro e trasporti. Il successo di molti interventi per la promozione della salute dipende, infatti, anche da elementi esterni al "sistema sanitario".

Su questa linea nasce nel 2007 "*Guadagnare Salute – rendere facili le scelte salutari?*", strategia globale volta alla promozione di stili di vita salutari e alla riduzione delle malattie croniche non trasmissibili, elaborata dal Ministero della Salute, per contrastare i fattori di rischio modificabili quali l'errata alimentazione, la sedentarietà, l'abuso di alcool e il tabagismo. Tra gli ambiti di intervento la ristorazione collettiva, in particolare quella scolastica, è stata individuata come strumento prioritario per promuovere salute ed educare ad una corretta alimentazione.

Nella ristorazione scolastica è di fondamentale importanza elevare il livello qualitativo dei pasti, come qualità nutrizionale e sensoriale, mantenendo saldi i principi di sicurezza alimentare. La corretta gestione della ristorazione può favorire scelte alimentari nutrizionalmente corrette tramite interventi di valutazione dell'adeguatezza dei menù e promozione di alcuni piatti/ricette. Oltre che produrre e distribuire pasti nel rispetto delle indicazioni dei Livelli di Assunzione giornalieri Raccomandati di Nutrienti per la popolazione italiana (LARN), essa può svolgere un ruolo di rilievo nell'educazione alimentare coinvolgendo bambini, famiglie, docenti.

Docenti e addetti al servizio, adeguatamente formati (sui principi dell'alimentazione, sulla importanza dei sensi nella scelta alimentare, sulle metodologie di comunicazione idonee a condurre i bambini ad un consumo variato di alimenti, sull'importanza della corretta preparazione e porzionatura dei pasti), giocano un ruolo di rilievo nel favorire l'arricchimento del modello alimentare casalingo del bambino di nuovi sapori, gusti ed esperienze alimentari gestendo, con serenità, le eventuali difficoltà iniziali di alcuni bambini ad assumere un cibo mai consumato prima o un gusto non gradito al primo assaggio.



Il presente documento, elaborato da gruppo tecnico¹ appositamente istituito presso la Direzione Generale Sicurezza degli Alimenti e Nutrizione del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, è rivolto a tutti gli operatori della ristorazione scolastica e focalizza l'attenzione su alcuni aspetti sostanziali, al fine di fornire a livello nazionale indicazioni per migliorarne la qualità nei vari aspetti, in particolare quello nutrizionale. Esso contiene indicazioni per organizzare e gestire il servizio di ristorazione, per definire il capitolato d'appalto e fornire un pasto adeguato ai fabbisogni per le diverse fasce di età, educando il bambino all'acquisizione di abitudini alimentari corrette.

Tale documento evidenzia aspetti di carattere generale relativi alla promozione della salute, validi per tutte le tipologie di servizio.

¹ Componenti il gruppo: Savino Anelli, Silvia Boni, Marcello Caputo, Margherita Caroli, Anna Amina Ciampella, Roberto Copparoni, Valeria Del Balzo, Roberto D'Elia, Emanuela Di Martino, Maria Antonietta Di Vincenzo, Daniela Galeone, Riccardo Galesso, Andrea Ghiselli, Lucia Guidarelli, Maria Teresa Menzano, Maria Grazia Silvestri, Piero Vio.



2.

LA RISTORAZIONE COME SISTEMA GESTIONALE

La lettura del sistema di ristorazione è profondamente cambiata nell'ultimo ventennio, assumendo, nel modello concettuale degli enti territoriali e degli operatori del settore, connotazioni di organicità, nella consapevolezza della complessità dei suoi profili:

- igienico-nutrizionale,
- gastronomico-alberghiero,
- economico-finanziario,
- amministrativo-gestionale,
- di comunicazione,
- di facilitazione di abitudini alimentari corrette in un modello efficace di promozione della salute e prevenzione delle patologie cronico-degenerative e dei loro principali fattori di rischio.

La ristorazione scolastica non deve essere vista esclusivamente come semplice soddisfacimento dei fabbisogni nutrizionali, ma deve essere considerata un importante e continuo momento di educazione e di promozione della salute diretto ai bambini, che coinvolge anche docenti e genitori.

L'obiettivo primario di una buona politica della ristorazione è quello di ricercare e ottenere le massime congruenze tra i diversi profili del sistema, realizzando una proficua area di convergenza tra politiche intersettoriali, che concili, sul piano di un confronto "etico" e di una trasparenza leale, le logiche economiche con quelle prioritarie della salute.

In questa accezione, un sistema evoluto di ristorazione si pone più obiettivi trasversali, che, se implementati in modo armonico, possono rappresentare delle potenzialità anche per la sostenibilità dell'impresa.

Sinteticamente questi obiettivi possono essere riassunti nei seguenti punti:

- promozione di abitudini alimentari corrette,
- sicurezza e conformità alle norme,
- appropriatezza rispetto ai bisogni, in termini non solo di caratteristiche nutrizionali delle ricette e proposte alimentari, tecnologie di cottura, derrate utilizzate, ma anche in termini di gradimento sensoriale,
- rispetto dei tempi e delle modalità del servizio, di comfort e di accessibilità,
- congruo rapporto tra qualità e prezzo,
- soddisfazione dell'utenza.

All'interno del sistema di ristorazione, il modello sopra definito chiama in campo competenze nuove e integrate e richiede investimenti nella formazione di figure professionali che accostino alle tecniche specifiche anche competenze manageriali e visione d'insieme delle criticità del sistema e del metodo per risolverle.

Sul fronte dei Servizi Sanitari, da un approccio sostanzialmente limitato alle funzioni di controllo sull'applicazione di norme relative all'igiene degli alimenti e alle strutture di produzione degli stessi, si è passati, grazie ad importanti mutamenti culturali, ad un approccio che ha arricchito di obiettivi e significati, anche in materia di corretta alimentazione, il campo d'azione della sanità pubblica nell'interazione con il mondo della ristorazione. Ciò rende auspicabile un potenziamento dei servizi coinvolti.

In un quadro complessivo di politiche alimentari per la salute in cui più attori sono chiamati a dare un irrinunciabile contributo, il filo conduttore e fulcro per azioni coerenti e sinergiche verso obiettivi



comuni può essere rappresentato da logiche improntate al binomio “promozione della salute - promozione della qualità”, in cui la prospettiva del futuro potrebbe essere l'introduzione di meccanismi premiali, per chi opera secondo principi che connotano una “ristorazione che promuove salute”.

L'obiettivo globale del servizio di ristorazione è quello di fornire un pasto appropriato in un contesto adeguato secondo una visione sistemica della qualità. In tal senso, le finalità e le strategie di organizzazione di un servizio di ristorazione scolastica devono ispirarsi a una consapevole ed efficace politica di qualità totale che tenga conto di:

- definizione e formalizzazione di ruoli e responsabilità per la progettazione, gestione, produzione, controllo,
- individuazione delle risorse umane necessarie e delle relative qualifiche,
- addestramento e aggiornamento del personale sugli obiettivi e peculiarità del servizio in ragione delle sue finalità e della sua utenza,
- corretta gestione e miglioramento delle dotazioni strutturali ed impiantistiche,
- disponibilità di locali ed arredi di adeguato comfort per la consumazione del pasto,
- garanzia di un sistema di autocontrollo igienico,
- valutazione e gestione di avanzi ed eccedenze,
- corretta gestione dei rifiuti (raccolta differenziata, uso di piatti in ceramica o a basso impatto ambientale, ecc.)
- attivazione di un sistema di rilevazione e gestione delle non conformità del servizio,
- differenziazione del menù in relazione alla tipologia e necessità degli utenti,
- congruità degli orari di consumazione con le abitudini alimentari e le necessità fisiologiche degli utenti,
- sistema di verifica del grado di soddisfazione dell'utenza, attraverso indicatori oggettivi e soggettivi,
- specifici interventi di collaborazione a progetti educativi in tema di alimentazione.

Gli attori protagonisti che entrano nell'ambito delle competenze correlate alla ristorazione scolastica sono:

- Ente committente (Comune o scuola paritaria),
- Gestore del servizio di ristorazione,
- Azienda Sanitaria Locale,
- Utenza (bambini e loro familiari),
- Istituzioni scolastiche.



3.

RUOLI E RESPONSABILITA'

La cooperazione delle competenze specifiche è determinante nell'ottica di un graduale ma progressivo miglioramento delle abitudini alimentari dei bambini e possibilmente delle loro famiglie.

Modelli base di tabelle dietetiche, modulate sulle realtà locali e loro eventuali modifiche devono contenere messaggi nutrizionali validi, rispondenti ai LARN ed a standard di gradimento tarati sulla dimensione collettiva.

Dal momento che obiettivo primario della ristorazione scolastica è garantire col pasto in mensa qualità nutrizionale, fruibilità dei nutrienti e sicurezza igienico-sanitaria, in una cornice di gradevolezza sensoriale, occorre integrare scelte motivate da aspetti tecnico-teorici con il buon senso, considerando che le proposte alimentari del modello base hanno una forte valenza educativa.

Una efficace comunicazione fra gli interlocutori istituzionali e le famiglie è fondamentale per la promozione di sinergie che possono rivelarsi estremamente proficue se coordinate in un progetto comune di promozione della salute. La comunicazione di obiettivi e dei criteri base per raggiungerli rappresenta infatti un'importante risorsa nell'ambito di interventi educativi sul territorio.

L'attività della ASL, nello specifico del SIAN (Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione), si esplica in:

- sorveglianza sulle caratteristiche igienico-nutrizionali dei pasti, ivi inclusa la valutazione delle tabelle dietetiche adottate,
- attività di vigilanza e controllo in conformità con le normative vigenti,
- controlli (ispezioni, verifiche, audit) sulla base di criteri di graduazione del rischio che tengono conto di più elementi come: caratteristiche della realtà produttiva, caratteristiche dei prodotti ed igiene della produzione, formazione igienico-sanitaria degli addetti, sistema di autocontrollo (completezza formale, grado di applicazione e adeguatezza, dati storici, non conformità pregresse), ecc.,
- educazione alimentare.

Al Comune/scuola paritaria in qualità di responsabile del servizio competono:

- scelta della tipologia del servizio che intende offrire,
- programmazione di investimenti e risorse,
- elaborazione del capitolato sia per la gestione diretta in economia sia in caso di affidamento esterno e comunque per ogni tipologia di gestione prevista,
- controllo complessivo sul servizio soprattutto in caso di committenza del servizio a terzi,
- sorveglianza sul buon andamento della ristorazione, sia in caso di gestione diretta che di gestione indiretta, con controlli rivolti a:
 - qualità merceologica degli alimenti e del piatto finito,
 - rispetto delle porzioni,
 - buona organizzazione e conduzione del servizio,
 - accettazione del pasto.

Al gestore del servizio competono in particolare:

- svolgimento del servizio nel rispetto della normativa vigente e degli impegni contrattuali,
- offerta di prodotti-pasto nella logica di un sistema di qualità,
- formazione/aggiornamento costante del personale addetto al servizio di ristorazione scolastica.

La Commissione mensa scolastica, quale organo di rappresentanza può svolgere:



- ruolo di collegamento tra l'utenza, il Comune/scuola paritaria e la ASL, facendosi carico di riportare i suggerimenti ed i reclami che pervengono dall'utenza stessa,
- ruolo di collaborazione nel monitoraggio dell'accettabilità del pasto e delle modalità di erogazione del servizio anche attraverso schede di valutazione, opportunamente predisposte.

È auspicabile l'evoluzione del ruolo della Commissione mensa anche quale interlocutore/partner nei diversi progetti/iniziative di educazione alimentare nella scuola, mirando alla responsabilizzazione dei suoi componenti ai fini della promozione di sane scelte alimentari fra tutti i genitori afferenti alla scuola.

Operatività e funzionalità della commissione mensa vanno definite da un regolamento locale, redatto dal Comune, che ne fissi le linee di intervento e definisca i rapporti tra la Commissione stessa e gli enti istituzionali nelle diverse singole realtà.

Il corpo docente o chi assiste al pasto deve essere maggiormente coinvolto negli interventi per lo sviluppo di corrette abitudini alimentari del bambino e delle famiglie.

È opportuno prevedere interventi di formazione e aggiornamento per tutti i soggetti coinvolti nella ristorazione scolastica, mirati sia agli aspetti di educazione alla salute che a quelli più strettamente legati alla qualità nutrizionale ed alla sicurezza degli alimenti.



4.

ASPETTI NUTRIZIONALI E LARN

Un'alimentazione equilibrata e corretta, ma anche gradevole ed accettabile, costituisce per tutti un presupposto essenziale per il mantenimento di un buono stato di salute e, in età evolutiva, per una crescita ottimale.

A scuola, una corretta alimentazione ha il compito di educare il bambino all' apprendimento di abitudini e comportamenti alimentari salutari.

L'alimentazione del bambino deve essere considerata in un contesto più ampio, quale quello dell'ambiente, inteso non solo in senso fisico, ma anche socio-culturale e psicologico.

A scuola i bambini imparano a stare a tavola, a mangiare ciò che hanno nel piatto senza sprechi e ad apprezzare sapori nuovi a volte inconsueti; la variazione stagionale dei cibi consente di proporre alimenti che, per diversità di gusti, abitudini e, a volte, mancanza di tempo per le preparazioni, non vengono consumati a casa. L'introduzione di alimenti nuovi può essere facilmente accettata se si supera l'eventuale iniziale rifiuto grazie alla collaborazione degli insegnanti e/o del personale addetto che stimola il bambino allo spirito di imitazione verso i compagni.

Il menù deve essere elaborato secondo i principi di una alimentazione equilibrata dal punto di vista nutrizionale, utilizzando anche alimenti tipici al fine di insegnare ai bambini il mantenimento delle tradizioni alimentari.

Come indicato nelle Linee Guida per una sana alimentazione dell'INRAN (Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione), la varietà degli alimenti è fondamentale, in quanto consente l'apporto adeguato dei nutrienti necessari per una crescita armonica e contribuisce, in modo sostanziale, alla diffusione di abitudini alimentari corrette.

I menù devono essere preparati con rotazione di almeno 4/5 settimane, in modo da non ripetere quasi mai la stessa ricetta, e diversi per il periodo autunno-inverno e primavera-estate. In tal modo i bambini acquisiscono la disponibilità di ortaggi e frutta in relazione alle stagioni e soddisfano la necessità fisiologica di modificare l'alimentazione secondo il clima. Un menù variato, facilmente attuabile per la molteplicità di alimenti della dieta mediterranea, fa conoscere ai bambini alimenti diversi, nuovi sapori e stimola curiosità verso il cibo.

La variabilità del menù per il pranzo può essere ottenuto semplicemente con l'utilizzo di prodotti di stagione, con i quali si possono elaborare ricette sempre diverse, in particolare primi piatti e contorni.

Si sottolinea l'importanza di redigere un menù che preveda anche note esplicative ed operative per chiarire le ragioni delle scelte.

Il menù va preparato sulla base dei LARN per le diverse fasce di età.

Nella progettazione del menù occorre ottemperare alle esigenze di metabolismo, crescita, prevenzione e favorire il raggiungimento progressivo degli obiettivi di qualità totale del pasto e soddisfazione degli utenti, incoraggiando l'assaggio e la progressiva accettazione dei diversi alimenti.

La valutazione in energia e nutrienti del menù deve essere sulla base della settimana scolastica.

È opportuno inserire nel capitolato, previa condivisione del significato con l'utenza e la scuola, la necessità di impedire la somministrazione di una seconda porzione, soprattutto del primo piatto, per evitare un apporto eccessivo di calorie e per modificare le abitudini alimentari, nell'ambito della prevenzione dell'obesità.

Definire grammature idonee nelle tabelle dietetiche per il pasto a scuola rappresenta il punto di partenza per equilibrare l'alimentazione giornaliera e prevenire l'obesità in età evolutiva, purché alla

gh



valutazione nutrizionale su carta dei menù corrisponda una effettiva applicazione delle porzioni raccomandate nei punti ristorazione.

L'attenzione alle porzioni sta acquisendo, in educazione alimentare, un'importanza crescente per la possibile correlazione del peso corporeo con la dimensione media delle porzioni piuttosto che con le scelte qualitative dei cibi effettuate dai bambini.

È pertanto determinante che gli addetti alla distribuzione siano adeguatamente formati sulla porzionatura e distribuiscano gli alimenti con appropriati utensili (mestoli, palette o schiumarole che abbiano la capacità appropriata a garantire la porzione idonea con una sola presa) o in un numero prestabilito di pezzi già porzionati. Qualora fossero presenti, in uno stesso punto di ristorazione, bambini e/o ragazzi appartenenti ad età diverse e/o a più di una fascia scolastica (es.: scuola dell'infanzia, primaria, secondaria di primo grado) occorre disporre, per uno stesso utensile, delle diverse misure di capacità per fornire la porzione idonea. Ciascun utensile deve essere contrassegnato con un segno distintivo, in modo che la distribuzione possa procedere con set di strumenti distinti sulla base del target di utenza.

È opportuno distribuire uno spuntino a metà mattina con l'obiettivo di dare al bambino, nella pausa delle lezioni, l'energia necessaria a mantenere viva l'attenzione senza appesantire la digestione e consentirgli di arrivare a pranzo con il giusto appetito. Tale spuntino deve fornire un apporto calorico pari all'8% - 10% del fabbisogno giornaliero ed essere costituito preferibilmente da frutta e ortaggi di semplice consumo (anche di IV gamma).

La merenda del pomeriggio, quando fornita, deve essere pari, per apporto calorico e per alimenti componenti, allo spuntino.

È importante che il bambino abbia in tutta la giornata scolastica disponibilità di acqua, preferibilmente di rete.

Qualora si ritenga necessario posizionare dei distributori automatici di alimenti nelle scuole, limitando l'installazione alle sole scuole superiori, è opportuno condizionare tale inserimento al soddisfacimento di specifici requisiti definiti anche attraverso un apposito capitolato. La scelta va indirizzata verso prodotti salutari quali, ad esempio alimenti e bevande a bassa densità energetica come frutta, yogurt, succhi di frutta senza zucchero aggiunto.

La scuola deve garantire le condizioni migliori per il consumo dei pasti: ambienti idonei, non rumorosi e di dimensioni adeguate per numero di alunni, opportuna presentazione dei cibi, tempo sufficiente a consumare il pasto.

La trasmissione delle informazioni su una corretta alimentazione richiede il coinvolgimento di tutto il personale che, nel tempo trascorso a scuola dal bambino, partecipa alla sua formazione sia didattica che educativa.

I dati delle tabelle che seguono sono stati elaborati sulle indicazioni dei LARN per le diverse fasce di età che usufruiscono della ristorazione scolastica e considerando che il pranzo deve apportare circa il 35% del fabbisogno di energia giornaliera. Il menù è strutturato in modo da fornire circa il 15% di proteine, il 30% di grassi ed il 55% di carboidrati.



Tabella 1 - Apporti raccomandati di energia, nutrienti e fibra riferiti al pranzo nelle diverse fasce scolastiche

Apporti raccomandati	5-6 anni	7-9 anni	10-14 anni
Energia (kcal) relativa al 35% dell'energia giornaliera	440 - 640	520 - 810	700 - 830
Proteine (g) corrispondenti al 10-15% dell'energia del pasto	11 - 24	13 - 30	18 - 31
Rapporto tra proteine animali e vegetali	0,66		
Grassi (g) corrispondenti al 30% dell'energia del pasto	15 - 21	18 - 27	23 - 28
di cui saturi (g)	5 - 7	6 - 9	8 - 9
Carboidrati (g) corrispondenti al 55 - 60% dell'energia del pasto	60 - 95	75 - 120	95 - 125
di cui zuccheri semplici (g)	11 - 24	13 - 30	18 - 31
Ferro (mg)	5	6	9
Calcio (mg)	280	350	420
Fibra (g)	5	6	7,5

I livelli di assunzione raccomandati giornalieri di energia e nutrienti (LARN) sono diversificati per sesso, età e livelli di attività fisica. Nella tabella, relativa al pranzo, i valori minimi e massimi per ciascuna fascia scolastica sono calcolati sulla base degli apporti energetici raccomandati inferiori e superiori di ogni gruppo e tengono conto principalmente dell'età.

Tabella 2 - Frequenze di consumo di alimenti e gruppi di alimenti riferiti al pranzo nell'arco della settimana scolastica

Alimento o gruppo di alimenti	Frequenza di consumo
Frutta e vegetali	Una porzione di frutta e una di vegetali tutti i giorni
Cereali (pasta, riso, orzo, mais...)	Una porzione tutti i giorni
Pane	Una porzione tutti i giorni
Legumi (anche come piatto unico se associati a cereali)	1-2 volte a settimana
Patate	0 -1 volta a settimana
Carni	1-2 volte a settimana
Pesce	1-2 volte a settimana
Uova	1 uovo a settimana
Formaggi	1 volta a settimana
Salumi	2 volte al mese
Piatto unico (ad es. pizza, lasagne, ecc.)	1 volta a settimana

gh



5.

ASPETTI INTERCULTURALI

L'Italia è sempre più una nazione multi-etnica e multiculturale e la presenza di alunni di altre etnie è un dato strutturale del nostro sistema scolastico.

Tra le identità culturali, peculiari appaiono le abitudini alimentari che sono proprie di ogni area del mondo e di ogni momento storico, in relazione alle condizioni socio-economiche, alle credenze religiose, alla disponibilità di particolari materie prime in alcune aree geografiche e alle tradizioni di ciascuna popolazione.

La popolazione di altre etnie residente in Italia è giovane e quasi ¼ di essa è costituita da minorenni, che frequentano le istituzioni scolastiche del nostro Paese.

Rispecchiando la distribuzione totale dei cittadini di altre etnie residenti in Italia, anche per gli alunni con cittadinanza non italiana esiste un evidente gradiente di distribuzione nord-sud, con le più elevate percentuali nelle regioni del nord e le quote più basse al meridione. Questi dati sottolineano come i rapporti interculturali rappresentino una delle principali tematiche da affrontare nella società ed in particolare nella scuola. Peraltro, la scuola costituisce l'ambiente ideale dove poter realizzare tale integrazione e l'alimentazione rappresenta un terreno su cui approfondire e sviluppare tali politiche.

I giovani di altre etnie risultano a rischio di malnutrizione sia per difetto sia per eccesso anche a causa del tentativo di coniugare cucina etnica e proposte italiane e talora per la tendenza a consumare cibi a basso costo, ad alta densità calorica e di bassa qualità nutrizionale. Le nuove generazioni si trovano, infatti, a crescere in una nuova società tra la spinta occidentale ai consumi fuori casa ed il legame alle proprie abitudini alimentari difeso in famiglia. La popolazione infantile immigrata rappresenta un gruppo particolarmente a rischio di eccedenza ponderale.

Esiste, in generale, una estrema facilità da parte dei bambini di altre etnie ad adattarsi alle abitudini alimentari italiane e questa tendenza è tanto maggiore quanto più il bambino è piccolo.

Se i bambini ben si adattano ad entrambe le culture alimentari, quella del paese ospitante e quella del paese d'origine, più difficile è la scelta comportamentale delle famiglie, in cui può prevalere la preoccupazione di non perdere le proprie specificità culturali, comprese quelle alimentari.

La sanità pubblica ha un ruolo fondamentale nell'aiutare le persone ad operare scelte di salute, riducendo i rischi e le disuguaglianze sociali. In questo contesto, la scuola e in particolare la ristorazione scolastica assumono un ruolo di primo piano.

Abitudini alimentari incongrue si possono correggere con proposte di ristorazione scolastica salutari che, attraverso il bambino, possono raggiungere il nucleo familiare.

Adottare la prospettiva interculturale, la promozione del dialogo e del confronto tra culture, significa non limitarsi soltanto a misure compensatorie quali le diete speciali, ma organizzare una strategia di reale crescita della qualità fondata anche su criteri di salute e prevenzione. "Cucinare" in una prospettiva interculturale può voler dire assumere la varietà come paradigma dell'identità stessa della ristorazione, occasione privilegiata di apertura a tutte le differenze.



6.

CRITERI E INDICAZIONI PER LA DEFINIZIONE DEL CAPITOLATO

Il servizio di ristorazione scolastica, per rispondere a criteri di qualità, salubrità e gradimento necessita di un capitolato ben delineato e caratterizzante il tipo di servizio che si richiede e che si intende erogare. Il capitolato è il documento nel quale vengono espressi i vincoli contrattuali tra fornitore e committente; esso va definito sia per Comuni e Scuole paritarie che gestiscono il servizio con proprio personale ed acquistano solo forniture alimentari, sia per quelli che affidano il servizio parzialmente o completamente al fornitore con differenti modelli gestionali.

Il capitolato deve riportare:

- criteri ispirati alla promozione della salute e ad esigenze sociali che contribuiscano alla tutela della salute dell'utente ed alla salvaguardia dell'ambiente,
- requisiti oggettivi e misurabili nell'ambito di principi definiti di qualità, economicità, efficacia, trasparenza e correttezza.

Il capitolato è, in quest'ottica, uno strumento per rendere chiari e trasparenti gli impegni della amministrazione, che ne assicura direttamente il rispetto attraverso monitoraggio e verifiche sia nella gestione diretta che in quella appaltata. Gli standard del servizio, il diritto all'accesso anche per utenti con particolari esigenze sanitarie ed etico-religiose, vanno mantenuti e definiti in ogni modello gestionale, nonché dichiarati a tutti gli utenti, agli organi ufficiali di controllo, alle commissioni mensa, attraverso una carta del servizio. Essa rappresenta gli impegni che l'Ente intende assumersi e far assumere ai propri appaltatori.

Il capitolato, pertanto, rappresenta un'occasione importante per definire requisiti e progettare azioni che, oltre a garantire la qualità igienico-nutrizionale degli alimenti, promuovano comportamenti alimentari corretti e perseguano obiettivi di tutela della salute collettiva e di salvaguardia dell'ambiente.

Per il raggiungimento di tali obiettivi è fondamentale il supporto che i servizi dei dipartimenti di prevenzione della ASL possono dare nella valutazione dei requisiti tecnici di propria competenza.

L'affidamento del servizio di ristorazione deve essere effettuato in conformità alle disposizioni di cui al DPCM 18 novembre 2005 (Codice dei contratti pubblici) e al D.L. 12 aprile 2006 n. 163

Va precisato che, nella formulazione del capitolato bisogna porre particolare attenzione, oltre alla corretta gestione del servizio, anche alla qualità dei prodotti. A parità di requisiti di qualità e di coerenza con modelli di promozione della salute, bisogna porre attenzione ad una sostenibile valorizzazione di prodotti rispettosi dell'ambiente e di altri valori di sistema, direttamente e indirettamente correlati con le politiche alimentari, quali agricoltura sostenibile, sicurezza del lavoratore, benessere animale, tradizioni locali e tipicità, coesione sociale e commercio equo-solidale. 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.

La valutazione della qualità dell'offerta può concernere elementi caratterizzanti le priorità che si intendono perseguire; tra questi si suggeriscono le seguenti:

- **alimenti a filiera corta**, cioè l'impiego di prodotti che abbiano viaggiato poco e abbiano subito pochi passaggi commerciali prima di arrivare alla cucina o alla tavola. Per favorire l'utilizzo di tali alimenti, possono essere attribuiti punteggi diversi per le diverse provenienze premiando i prodotti locali. L'impiego dei prodotti ortofrutticoli freschi secondo stagionalità deve essere in stretta relazione con la stesura di menù secondo criteri di coerenza.

Con riferimento agli alimenti a filiera corta, è utile che le Regioni e PP.AA. elaborino un documento nel quale vengano elencati alcuni principi che aiutino le Amministrazioni pubbliche a definire



capitolati d'appalto capaci di rispettare le norme di libera circolazione delle merci in ambito comunitario, tutelando contestualmente la freschezza, il chilometro zero/filiera corta, i prodotti locali (non necessariamente ancora classificati tra i tipici o tradizionali);

- tempo di trasporto di alimenti e pasti, dando rilievo ad un trasporto in tempi quanto più possibile brevi. Può essere utile definire un requisito di massima, almeno per i pasti a legume caldo;
- introduzione di spuntino a metà mattina o pomeriggio (anche utilizzando frutta di IV gamma, confezionata in materiale riciclabile);
- alimenti DOP, IGP, STG (Specialità Tradizionali Garantite) e altre connotazioni locali;
- utilizzo di prodotti alimentari a ridotto impatto ambientale (alimenti provenienti da produzione biologica e da produzione integrata);
- prodotti del mercato equo e solidale per alimenti non reperibili nel mercato locale;
- utilizzo di prodotti non alimentari a ridotto impatto ambientale (stoviglie, piatti, tovaglioli...) privilegiando materiali riutilizzabili e utilizzo di detersivi ad alta biodegradabilità;
- forniture di attrezzature da cucina;
- insonorizzazione dei refettori;
- manutenzione ordinaria di arredi, attrezzature, locali;
- sostituzione di arredi e attrezzature;
- ristrutturazione di locali entro definiti limiti di tempo;
- formazione del personale a sostegno di particolari aspetti di progetti di promozione della salute;
- organizzazione del servizio con particolare riferimento ad aspetti specifici quali ad esempio preparazione e distribuzione delle diete speciali, porzionatura, ecc.;
- monitoraggio dei cibi prodotti in eccesso e non utilizzati;
- recupero, per scopi assistenziali, di generi alimentari non consumati (ad es. iniziativa del Buon Samaritano);
- monitoraggio della soddisfazione dell'utenza.

I titoli principali da trattare nel capitolato sono i seguenti:

a) oggetto dell'appalto

Vanno qui definite le prestazioni e le forniture richieste, nonché il modello operativo del servizio desiderato. Il capitolato deve riportare chiaramente il tipo di servizio richiesto e, conseguentemente, le attività che si intendono appaltare. Il committente deve indicare, in base alle strutture produttive possedute e al modello operativo individuato, se intende impiegare cucine proprie o di terzi, se distribuire pasti preparati in loco o in centri di cottura e, comunque, ogni altra attività che intende espletare nell'esecuzione del servizio.

Ove possibile, è da privilegiare la produzione di pasti in loco, sia che venga operata in economia dal committente che con gestione esternalizzata all'appaltatore; comunque l'intervallo di tempo fra preparazione e distribuzione va ridotto al minimo.

Il modello operativo richiesto deve essere individuato anche in relazione alla popolazione cui è rivolto, definendo la dimensione numerica degli utenti, le fasce di età, le necessità fisiologiche, patologiche, etico-religiose, le eventuali disabilità.

Prestazioni ulteriori, necessarie per un adeguato espletamento del servizio, quali progettazione, esecuzione lavori, manutenzione preventiva e correttiva, devono essere chiaramente indicate tra le attività richieste.

b) menù

È consigliabile che menù base, diete speciali e relative ricette e grammature, redatti da personale professionalmente qualificato, nel rispetto di obiettivi prefissati, siano presenti nel capitolato di appalto. In ogni caso vanno definiti sia la merceologia dei prodotti da impiegare che il modello organizzativo del servizio che si intende effettuare.

ds



Per le diete speciali (ad es. per celiaci) la produzione deve essere gestita con il sistema di autocontrollo aziendale e deve trovare specifico riferimento all'interno del documento relativo all'autocontrollo.

Il rispetto del menù stabilito deve costituire uno standard di qualità che il committente controlla e sottopone a monitoraggio giornalmente; tale standard impegna l'appaltatore a mantenere, per quanto possibile, la costanza del menù dichiarato e noto all'utenza. Scostamenti dal menù previsto devono essere motivati dal gestore ed accettati dal committente.

Il menù deve rispondere alle caratteristiche di varietà, stagionalità, qualità nutrizionale ed essere esposto pubblicamente. I menù devono essere preparati su almeno 4/5 settimane, onde evitare il ripetersi della stessa preparazione ed essere diversificati per il periodo autunno-inverno e primavera-estate. L'alternanza stagionale di prodotti freschi e locali ha inoltre un'importante valenza educativa, nutrizionale ed ambientale e costituisce un notevole risparmio di risorse economiche.

Nei 5 pasti della settimana, i primi piatti sono costituiti da cereali (pasta, riso, orzo, mais, ecc.), preparati con ricette diverse, rispettando le tradizioni locali e spesso associati a verdure, ortaggi e legumi per permettere un'ampia varietà di sapori ed un'esperienza pratica di educazione alimentare.

I secondi piatti sono composti da carni bianche e rosse, pesce, salumi, uova, formaggi con preparazioni adeguate alle fasce di età dei fruitori.

Ciascun pasto deve prevedere inoltre: un contorno di verdure/ortaggi (patate non più di una volta a settimana e associate ad un pasto povero di altri carboidrati), pane non addizionato di grassi e a ridotto contenuto di sale, frutta di stagione di almeno tre tipi diversi nell'arco della settimana, eventualmente già pronta per il consumo.

Per condimento, sia a crudo che in cottura, va utilizzato olio extravergine di oliva; solo per poche ricette può essere impiegato il burro; il sale va usato moderatamente e comunque sempre iodato.

È opportuno prevedere nel menù lo spuntino di metà mattina, con apporto calorico pari all'8% - 10% del fabbisogno calorico giornaliero, differenziato per fasce di età dei fruitori, preferibilmente costituito da frutta di semplice consumo.

Va previsto anche il "cestino da viaggio", confezionato nella stessa giornata e contenente tutto il necessario per il pasto, da utilizzare in occasione di visite d'istruzione.

In occasione di festività religiose e/o ricorrenze speciali, in cui la tradizione richiede l'uso di cibi e preparazioni particolari, è possibile prevedere di poter modificare il menù del giorno con gli alimenti tradizionalmente utilizzati nell'occasione.

Vanno assicurate anche adeguate sostituzioni di alimenti correlate a ragioni etico-religiose o culturali. Tali sostituzioni non richiedono certificazione medica, ma la semplice richiesta dei genitori.

Nell'ambito della ristorazione scolastica sono da prevedere sostituzioni di alimenti per bambini che richiedono pasti diversi per particolari esigenze cliniche. Le diete speciali devono essere formulate da personale esperto su prescrizione medica per mantenere l'adeguatezza nutrizionale ed educativa dei menù in uso nelle scuole.

Le diete speciali riguardano:

- intolleranze e allergie (latte, uovo, ecc.) con indicazioni degli alimenti permessi e di quelli da evitare così come riportato nella letteratura scientifica,
- celiachia con indicazioni circa gli alimenti da evitare e da sostituire con l'uso esclusivo di prodotti privi di glutine e con specifiche indicazioni sulla preparazione e cottura di questi alimenti,
- particolari patologie quali ad esempio nefropatie croniche, diabete, dislipidemie, ecc. .

In alternativa al menù base e alle diete speciali, deve essere previsto un menù per situazioni di emergenza derivanti da problematiche varie tra cui quelle di natura meteorologica, quelle derivanti da disservizi occasionali, da motivi logistici o legati al personale, guasti improvvisi, anomalie dell'acqua in distribuzione, ecc.



Può inoltre essere previsto in ogni scuola, soprattutto per quelle servite con pasto differito, ma anche nelle scuole con cucina propria e tradizionale, il mantenimento di alimenti a lunga conservazione e acqua in bottiglia. Tali alimenti, idoneamente conservati, debbono essere periodicamente rinnovati e impiegati come rimedio a improvvise difficoltà, sempre con il coinvolgimento e approvazione del committente.

c) prodotti alimentari

I prodotti impiegati debbono essere conformi alla normativa nazionale e comunitaria; ogni alimento che si intende impiegare, nell'ampia gamma di scelta merceologica e commerciale, va individuato in base alle caratteristiche tecnologiche, ingredienti, conservabilità, stato di conservazione, shelf-life, confezionamento e imballaggio, filiera, sensorialità.

Il gestore del servizio deve essere in grado di documentare la rispondenza ai requisiti richiesti attraverso schede tecniche di prodotto in grado di esplicitare tutte le caratteristiche; conseguentemente solo i prodotti definiti, accettati ed accreditati dal committente in quanto rispondenti ai requisiti, dovranno trovare impiego nel servizio. Ogni modifica relativa ai prodotti indicati dovrà essere preventivamente approvata dal committente che ne verificherà la costanza delle caratteristiche prima di consentirne l'impiego.

È inoltre facoltà del committente richiedere un congruo numero di certificati o altre prove documentali in grado di comprovare la rispondenza del prodotto alla qualità dichiarata o prevista dal contratto, sulla base di un piano predefinito, nonché l'obbligo di segnalare eventuali scostamenti rispetto a quanto concordato, specificandone le cause.

Nell'ambito del sistema di autocontrollo e del sistema qualità va considerata la sistematica applicazione di standard merceologici, bromatologici, chimici e microbiologici e protocolli operativi atti ad assicurare in ogni fase, anche attraverso opportuni campionamenti, il controllo della qualità delle materie prime.

Il gestore del servizio ha l'obbligo di approvvigionamento presso fornitori selezionati in base a criteri oggettivi che ne garantiscano l'affidabilità sia in termini di costanza del rapporto costo/qualità dei prodotti offerti sia di capacità di far fronte agli impegni assunti. A tale proposito può essere utile richiedere una specifica relazione tecnica con sintetica descrizione del processo di produzione delle derrate ed una relazione descrittiva dell'organizzazione aziendale, con particolare riferimento alla catena distributiva delle forniture (acquisizione prodotto, mantenimento, distribuzione, consegna).

Deve essere stabilita, in funzione di un ben definito intervallo, la vita residua che la merce deve garantire contrattualmente: la percentuale di vita residua garantita al momento dell'acquisto rappresenta un indice specifico per ogni lotto, anche in relazione alle condizioni ambientali e strutturali delle sedi di stoccaggio e conservazione; indicativamente, in fase di approvvigionamento, potrebbe essere richiesta per i prodotti una vita residua dal termine minimo di conservazione (TMC) non inferiore ai 2/3 della shelf-life.

d) personale

L'esecuzione del contratto deve essere affidata a personale alle dipendenze della ditta o dell'eventuale subappaltatore, regolarmente autorizzato dal committente.

Su tali contratti il committente vigila per verificarne la correttezza e l'osservanza alle normative vigenti. La mansione di responsabile operativo aziendale del contratto deve essere svolta da persona con esperienza e professionalità adeguata e con deleghe aziendali evidenti.

Relativamente al personale addetto alla produzione e distribuzione dei pasti, il capitolato deve prevedere indici misurabili e verificabili, che esprimano il numero delle ore dedicate al servizio in rapporto ai pasti da produrre, ai commensali da servire ed alle superfici da riordinare.

È bene che questi indici siano già espressi in capitolato dal committente, se questi è in grado di definirli sulla base di esperienze già consolidate. In caso contrario, gli indici di produttività, attraverso i quali va



costituito l'organico dedicato, possono essere proposti dalle ditte in sede di offerta e costituire un ulteriore elemento di valutazione, se richiesti nel bando o nella lettera di invito.

E' opportuno che il committente, con analogha modalit , richieda una formazione di base ed un aggiornamento continuo in relazione alla situazione organizzativa e alla tipologia di utenza (ad es. diete speciali) del servizio da prestare.

La formazione e la sua efficacia devono essere documentate con strumenti e modalit  adeguate.

e) igiene

Gli aspetti di igiene e sicurezza alimentare devono essere indicati all'interno del piano di autocontrollo aziendale, come previsto dalla normativa vigente.

Parte integrante del piano di autocontrollo sono gli interventi di pulizia eseguiti presso le cucine e i refettori, che devono essere appropriati e coerenti al piano di sanificazione. Tale piano deve definire le modalit  e la periodicit  degli interventi, i detergenti, i sanificanti e disinfettanti impiegati, le attrezzature e gli ausili adottati.

f) trasporto e distribuzione dei pasti

Il piano di trasporto dei pasti elaborato dal gestore del servizio deve essere rispettato ed eventualmente rivisto concordemente per migliorarlo. Ogni trasporto verso le singole sedi di ristorazione deve essere effettuato riducendo al minimo i tempi di percorrenza e conseguentemente lo stazionamento dei pasti in legame caldo, garantendo anche la qualit  organolettica.

Per il trasporto dei pasti e delle derrate alle mense scolastiche,   necessario utilizzare contenitori isotermitici o termici idonei ai sensi della normativa vigente e tali da consentire il mantenimento delle temperature e dei requisiti qualitativi e sensoriali dei cibi.

I mezzi adibiti al trasporto dei pasti devono essere conformi alle normative vigenti.

È fatto obbligo di provvedere alla sanificazione dei mezzi utilizzati, in modo tale che durante il trasporto non si determini insudiciamento o contaminazione degli alimenti trasportati.

I pasti possono essere trasportati in mono o pluriporzione, secondo il modello distributivo richiesto. Le temperature di arrivo e di distribuzione dei pasti devono essere quelle indicate dalla normativa vigente, tenendo in considerazione i parametri tempo/temperatura.

È necessario aver cura di rispettare i criteri derivanti dalle norme circa il dimensionamento del refettorio e lo spazio a disposizione per ogni bambino, nonch  l'adeguatezza delle attrezzature per il mantenimento dell'idonea temperatura (banchi raffreddati o riscaldati, carrelli termici, contenitori isotermitici attivi o passivi, piastre eutettiche).

g) valutazione del rispetto dei requisiti del servizio di ristorazione scolastica

L'aggiudicazione del servizio di ristorazione scolastica secondo un capitolato con requisiti oggettivi e misurabili deve prevedere una valutazione della conformit  agli stessi, continua e costante, da parte del committente nei confronti della ditta appaltatrice. I capitolati delle gare d'appalto per la fornitura delle materie prime alimentari e i servizi nelle mense scolastiche non devono contemplare solo clausole di tipo merceologico, ma devono anche inserire precisi requisiti di prodotto e di processo e relativi criteri valutativi.

Il sistema di valutazione deve essere in grado di individuare errori, inefficienze, non conformit  e responsabilit ; effettuare un'accurata analisi degli errori e delle azioni correttive adottate per superare ed eliminare le non conformit , sino ad arrivare all'individuazione e all'eliminazione delle cause.

Ogni sistema di ristorazione dovr  dotarsi di adeguate modalit  di rilevazione e gestione delle non conformit .



h) valutazione e gestione di eccedenze e avanzi, riduzione della produzione di rifiuti

In ogni singola realtà scolastica andrebbe valutata l'eventuale esistenza di eccedenze e/o avanzi di alimenti, ricercandone le cause per perseguire obiettivi di riduzione e di riutilizzo. Utilizzare le eccedenze e devolverle, in luogo del loro smaltimento come rifiuti, costituiscono rispettivamente una soluzione utile alla riduzione dei rifiuti e un gesto di solidarietà.

Si possono prevedere iniziative di educazione ambientale e di educazione al consumo e alla solidarietà in cui i ragazzi delle scuole siano coinvolti in merito a:

- riciclo dei rifiuti organici (compostaggio),
- educazione al consumo (accettazione dei cibi, richieste adeguate alla possibilità di consumo, ecc.),
- iniziative di solidarietà per la destinazione del cibo ad enti assistenziali.

A garanzia della sicurezza alimentare, il recupero e il conferimento delle eccedenze deve essere chiaramente disciplinato indicando fruitori, modalità e procedure.

Questo tipo di gestione non può essere la soluzione automatica del problema degli "avanzi", che invece deve essere oggetto di un sistema di valutazione, al fine di identificarne le cause, intervenire per il superamento di eventuali carenze e ottenere il miglioramento del servizio.

È necessario, infine, gestire con attenzione i rifiuti diversi dagli alimenti (derivanti da imballaggi, confezioni, stoviglie, posate, ecc.), secondo i criteri della raccolta differenziata dei materiali.

i) penali

Il capitolato dovrà prevedere penali adeguate alla mancata fornitura, parziale o totale, del pasto o dei suoi componenti e per ogni difformità quantitativa/qualitativa rispetto al capitolato.

Ai fini di una effettiva ed efficace tutela di quanto previsto dal capitolato d'appalto, occorre definire con chiarezza le penalità previste nonché le modalità e i criteri per la loro applicazione.

È opportuno prevedere:

- specifiche e proporzionate applicazioni di penali per gli aspetti del capitolato che si intendono salvaguardare (merceologico, igienico-sanitario, nutrizionale, di servizio, ecc.), indicando l'importo previsto e lo standard qualitativo e/o quantitativo il cui mancato rispetto si intende sanzionare,
- una graduale applicazione delle penali secondo un meccanismo di progressione che consenta un semplice richiamo per violazioni lievi e penalità crescenti (es. dal 100% per la prima violazione al 300% dell'importo previsto per la terza violazione, ecc.) fino alla risoluzione del contratto in caso di reiterate inadempienze e/o responsabilità diretta in eventi di grave entità, nel rispetto delle disposizioni di cui al D.L. 12 aprile 2006 n.163.



7.

**ALLEGATI
- DIETE SPECIALI****Accoglimento**

In presenza di dieta per soggetti affetti da allergia o intolleranza alimentare, es. celiachia, o malattie metaboliche, con indicazione degli alimenti vietati, con prescrizione medica dettagliata, rilasciata dal medico curante o dallo specialista, l'accoglimento del bambino va effettuato congiuntamente da scuola e servizio di ristorazione.

Va tutelata la privacy del bambino secondo il sistema organizzativo locale.

In caso di allergie e intolleranze alimentari, devono essere escluse dalla dieta preparazioni, intese come ricette, che prevedono l'utilizzo dell'alimento responsabile o dei suoi derivati; inoltre devono essere esclusi i prodotti in cui l'alimento o i suoi derivati figurino in etichetta o nella documentazione di accompagnamento. In ragione del fatto che molti derivati di alimenti allergenici sono utilizzati come additivi o coadiuvanti tecnologici, assumono particolare importanza qualifica, formazione, addestramento e consapevolezza del personale.

Le preparazioni sostitutive, previste nella dieta speciale, devono essere sostenibili all'interno dello specifico servizio di ristorazione ed essere il più possibile uguali al menù giornaliero.

Il livello di qualità della dieta speciale deve essere appropriato come quello del menù base.

Le preparazioni sostitutive devono essere il più possibile simili al menù giornaliero. È necessario promuovere varietà, alternanza e consumo di alimenti protettivi, quali frutta e verdura, per quanto è possibile, anche all'interno di una dieta speciale.

Un modello di gestione coerente della problematica prevede:

- definizione di obiettivi, responsabilità, procedure e standard di servizio da parte del responsabile del servizio,
- inserimento nei capitoli della previsione quantitativa e tipologica delle diete speciali da erogare,
- diagnosi e prescrizione medica,
- formulazione della dieta speciale ad opera di personale competente (es. dietista),
- produzione e distribuzione (a cura del gestore/responsabile del servizio),
- assistenza al pasto (regolamentata dal dirigente scolastico),
- controllo documentato (responsabile/gestore del servizio, ASL, dirigente scolastico).

Redazione della dieta

Il responsabile del servizio di ristorazione proceduralizza ogni fase (dalla formulazione della dieta alla produzione e distribuzione, all'assistenza al pasto), con definizione puntuale delle attività e delle relative responsabilità.

Il personale competente una volta in possesso di tutta la documentazione necessaria, redige la dieta che deve essere consegnata:

- alla segreteria della scuola che trasmette l'informazione ai soggetti coinvolti in ambito scolastico (insegnanti/educatori),
- ai genitori/tutori del bambino,
- alla cucina scolastica o al centro di cottura ove vengono preparati i pasti,
- al SIAN della ASL territorialmente competente.

I SIAN possono predisporre linee guida per diete speciali ed essere l'interlocutore privilegiato di ditte, istituzioni e famiglie per casi particolari.



Preparazione e distribuzione delle diete speciali

- gli alimenti destinati alla dieta devono essere mantenuti separati da tutti gli altri previsti per comporre il menù base,
- ogni vivanda costituente la dieta va preparata e confezionata in area dedicata, anche solo temporaneamente, e riposta in appositi contenitori i quali vanno collocati su vassoio personalizzato recante il nome del bambino,
- gli utensili utilizzati per la preparazione e il confezionamento della dieta devono essere unicamente impiegati per tale produzione,
- il personale addetto alla preparazione e distribuzione, nonché il personale scolastico deve lavarsi accuratamente le mani, qualora abbia manipolato altri alimenti,
- il bambino deve essere servito sempre per primo: è bene che la distribuzione per le classi avvenga inizialmente a partire dai soggetti con dieta speciale e prosegua successivamente per gli altri commensali,
- il pasto deve essere distribuito solo dopo che il personale addetto abbia identificato il bambino di concerto con l'insegnante,
- il personale addetto alla preparazione e distribuzione può verificare la corretta erogazione della dieta attraverso apposita modulistica di tracciabilità, nella quale siano evidenziate le fasi del relativo processo.

Sorveglianza e vigilanza

- è necessario prevedere un'apposita procedura per la corretta distribuzione e l'assistenza al pasto sulla quale il personale va adeguatamente formato,
- gli insegnanti effettuano controllo visivo avente ad oggetto la corrispondenza tra il nome del bambino/a e il nominativo apposto sui recipienti contenenti le portate della dieta,
- in caso di dubbio l'insegnante deve far sospendere la somministrazione e contattare immediatamente il produttore della dieta (il responsabile della ditta di ristorazione, il Comune o la segreteria scolastica).



**- TABELLA (*) PER L'ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO E DELLE
RELATIVE ATTIVITÀ**

Il committente sceglie nella prima colonna il servizio che intende appaltare e, in base alla scelta effettuata, trova nella seconda colonna le attività da richiedere per garantire il servizio. Alcune attività sono opzionali, pertanto vengono indicate come facoltative (F).

SERVIZIO	ATTIVITÀ DA RICHIEDERE	
Produzione dei pasti	Progettazione del servizio	
	Selezione e valutazione dei prodotti alimentari e non alimentari	
	Selezione e valutazione dei fornitori	
	Approvvigionamento di prodotti alimentari e non alimentari	
	Ricevimento, accettazione e conservazione di prodotti alimentari e non alimentari	
	Preparazione dei pasti	
	Confezionamento dei pasti	
	Pulizia e sanificazione di ambienti e attrezzature	
	Formazione del personale	
	Progettazione del menù	F
	Formazione, promozione e comunicazione nutrizionale a favore dell'utenza	F
	Controlli, audit richiesti dal committente	F
	Lavaggio delle stoviglie	F
Rilevazione della soddisfazione del cliente	F	
Somministrazione dei pasti	Progettazione del servizio	
	Pulizia e sanificazione di ambienti e attrezzature	
	Formazione del personale	
	Somministrazione dei pasti	
	Formazione, promozione e comunicazione nutrizionale a favore dell'utenza	F
	Controlli, audit richiesti dal committente	F
	Lavaggio delle stoviglie	F
Rilevazione della soddisfazione del cliente	F	
Produzione e somministrazione dei pasti	Progettazione del servizio	
	Selezione e valutazione dei prodotti alimentari e non alimentari	
	Selezione e valutazione dei fornitori	
	Approvvigionamento di prodotti alimentari e non alimentari	
	Ricevimento, accettazione e conservazione di prodotti alimentari e non alimentari	
	Preparazione dei pasti	
	Confezionamento dei pasti	
	Pulizia e sanificazione di ambienti e attrezzature	
	Formazione del personale	
	Somministrazione dei pasti	
	Progettazione del menù	F
	Formazione, promozione e comunicazione nutrizionale a favore dell'utenza	F
	Controlli, audit richiesti dal committente	F
Lavaggio delle stoviglie	F	
Rilevazione della soddisfazione del cliente	F	
Produzione e trasporto dei pasti	Progettazione del servizio	
	Selezione e valutazione dei prodotti alimentari e non alimentari	
	Selezione e valutazione dei fornitori	
	Approvvigionamento di prodotti alimentari e non alimentari	
	Ricevimento, accettazione e conservazione di prodotti alimentari e non alimentari	
	Preparazione dei pasti	
	Confezionamento dei pasti	
	Pulizia e sanificazione di ambienti e attrezzature	

gh



	Formazione del personale	
	Trasporto e consegna dei pasti	
	Progettazione del menù	F
	Formazione, promozione e comunicazione nutrizionale a favore dell'utenza	F
	Controlli, audit richiesti dal committente	F
	Lavaggio delle stoviglie	F
	Rilevazione della soddisfazione del cliente	F
Produzione, trasporto e somministrazione dei pasti	Progettazione del servizio	
	Selezione e valutazione dei prodotti alimentari e non alimentari	
	Selezione e valutazione dei fornitori	
	Approvvigionamento di prodotti alimentari e non alimentari	
	Ricevimento, accettazione e conservazione di prodotti alimentari e non alimentari	
	Preparazione dei pasti	
	Confezionamento dei pasti	
	Pulizia e sanificazione di ambienti e attrezzature	
	Formazione del personale	
	Trasporto e consegna dei pasti	
	Somministrazione dei pasti	
	Progettazione del menù	F
	Formazione, promozione e comunicazione nutrizionale a favore dell'utenza	F
	Controlli, audit richiesti dal committente	F
	Lavaggio delle stoviglie	F
	Rilevazione della soddisfazione del cliente	F
Produzione, trasporto e somministrazione dei pasti con progettazione del menù	Progettazione del servizio	
	Selezione e valutazione dei prodotti alimentari e non alimentari	
	Selezione e valutazione dei fornitori	
	Approvvigionamento di prodotti alimentari e non alimentari	
	Ricevimento, accettazione e conservazione di prodotti alimentari e non alimentari	
	Preparazione dei pasti	
	Confezionamento dei pasti	
	Pulizia e sanificazione di ambienti e attrezzature	
	Formazione del personale	
	Trasporto e consegna dei pasti	
	Somministrazione dei pasti	
	Progettazione del menù	
	Formazione, promozione e comunicazione nutrizionale a favore dell'utenza	F
	Controlli, audit richiesti dal committente	F
	Lavaggio delle stoviglie	F
	Rilevazione della soddisfazione del cliente	F
Fornitura prodotti alimentari e non alimentari	Progettazione del servizio	
	Selezione e valutazione dei prodotti alimentari e non alimentari	
	Selezione e valutazione dei fornitori	
	Approvvigionamento di prodotti alimentari e non alimentari	
	Ricevimento, accettazione e conservazione di prodotti alimentari e non alimentari	
	Pulizia e sanificazione di ambienti e attrezzature	
	Formazione del personale	
	Progettazione del menù	F
	Formazione, promozione e comunicazione nutrizionale a favore dell'utenza	F
	Confezionamento dei prodotti alimentari e non alimentari	
	Trasporto e consegna di prodotti alimentari e non alimentari	
	Controlli, audit richiesti dal committente	F
	Rilevazione della soddisfazione del cliente	F

* elaborata da Ente Nazionale Italiano di Unificazione (UNI)

gh



- SITI E RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali: www.ministerosalute.it;

Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU): www.onuitalia.it

Organizzazione Mondiale della Sanità: www.oms.it

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca: www.istruzione.it, www.miur.it

Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali: www.politicheagricole.it

Istituto Nazionale di ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione: www.inran.it

Ente nazionale Italiano di Unificazione: www.uni.com

Guadagnare salute, rendere facili le scelte salutari—stili di vita: www.ministerosalute.it/stiliVita

Progetto pilota di educazione al gusto, alla salute e al benessere rivolto agli studenti delle scuole superiori“Frutta snack”:

www.benesserestudente.it/public/upload/cibosalute/progetto%20Frutta%20Snack.pdf

Livelli di Assunzione Giornalieri Raccomandati di Nutrienti per la Popolazione Italiana LARN (Società di Nutrizione Umana, revisione 1996) INRAN:

www.inran.it/servizi_cittadino/per_saperne_di_piu/tabelle_composizione_alimenti/larn-71k

Linee guida per una sana alimentazione INRAN:

www.inran.it/servizi_cittadino/stare_bene/guida_corretta_alimentazione-22k





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente linee guida per la definizione di una procedura uniforme sul territorio nazionale per l'attribuzione di un numero di identificazione agli operatori del settore mangimi.

Rep. Atti n. 155/CSR del 23 settembre 2010

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE
PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nella odierna seduta del 23 settembre 2010:

VISTO l'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, che prevede la possibilità per il Governo di promuovere, in questa Conferenza, la stipula di intese dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni;

VISTO il Regolamento n. 767/2009 sull'immissione sul mercato e sull'uso dei mangimi che modifica il regolamento (CE) n. 1831/2003 e che abroga le direttive 79/373/CEE del Consiglio, 80/511/CEE della Commissione, 82/471/CEE del Consiglio, 83/228/CEE del Consiglio, 93/113 CE del Consiglio e 96/25/CE del Consiglio e la decisione 2007/217/CE della Commissione;

VISTO, in particolare, l'articolo 17, comma 1, lett. c), del predetto del Regolamento (CE) n. 767/2009 il quale prevede che l'etichettatura dei mangimi composti qualora il produttore non sia la persona responsabile dell'etichettatura comprenda il numero di riconoscimento del produttore di cui all'art. 15, lettera c) o un numero di identificazione ai sensi degli articoli 9, 23 o 24 del regolamento (CE) n. 183/2005; in assenza di tale numero, un numero di identificazione conforme al formato di cui all'allegato V, capo II del regolamento (CE) n. 183/2005;

VISTA la lettera, qui pervenuta in data 21 gennaio 2010, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso, ai fini del perfezionamento di apposita Intesa, il documento indicato in oggetto;

VISTA la lettera in data 27 gennaio 2010 con la quale il documento di cui trattasi è stato portato a conoscenza delle Regioni e delle Province autonome;

VISTA la nota, pervenuta in data 4 febbraio 2010, con la quale la Regione Toscana, Coordinatrice interregionale in sanità, ha espresso avviso tecnico favorevole condizionato all'accoglimento di alcune modifiche da apportare allo schema di intesa in parola;

[Handwritten signature]





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

VISTA la lettera in data 5 febbraio 2010 con la quale la predetta nota della Regione Toscana è stata inviata alle Amministrazioni centrali interessate;

VISTA la lettera pervenuta in data 20 aprile 2010 con la quale il Ministero della salute ha inviato un nuovo schema di intesa che tiene conto delle modifiche proposte dalle Regioni e Province autonome;

VISTA la nota in data 22 aprile 2010 con la quale la predetta versione definitiva è stata diramata alle Regioni e Province autonome.

VISTA la nota in data 27 aprile 2010 con la quale Regione Toscana, Coordinatrice interregionale in sanità, ha espresso l'avviso tecnico favorevole;

VISTE le note in data 9 giugno 2010 e in data 20 luglio con le quali è stato chiesto al Ministero dell'economia e delle finanze di far conoscere le proprie eventuali osservazioni al riguardo;

CONSIDERATO che, con lettera in data 16 settembre 2010, il Ministero dell'economia e delle finanze ha comunicato di non avere osservazioni da formulare in merito alla proposta di intesa in oggetto;

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e di Bolzano;

SANCISCE INTESA

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome nei termini di cui all'Allegato A, parte integrante del presente atto.

IL SEGRETARIO
Cons. Ermenegilda Siniscalchi



IL PRESIDENTE
On. Dott. Raffaele Fitto



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

ALLEGATO A

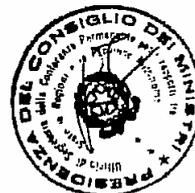
LINEE GUIDA PER LA DEFINIZIONE DI UNA PROCEDURA UNIFORME SUL TERRITORIO NAZIONALE PER L'ATTRIBUZIONE DI UN NUMERO DI IDENTIFICAZIONE AGLI OPERATORI DEL SETTORE MANGIMI.

Il regolamento (CE) n. 767/2009, che si applica a decorrere dal 1 settembre 2010, dà la possibilità di attribuire dei numeri d'identificazione ad alcuni operatori registrati (produttori di mangimi composti conto terzi). Tali numeri, attribuiti secondo il formato previsto dall'all. V, capo II del regolamento (CE) n. 183/05, possono essere utilizzati per identificare in etichetta i produttori del mangime in caso di produzione conto terzi e in alternativa alla ragione sociale e indirizzo del produttore.

Al fine di definire procedure comuni per l'attribuzione di tali numeri e di evitare comportamenti difformi sul territorio e oneri amministrativi inutili, si concorda quanto segue:

- 1) ai produttori di mangimi composti che ne fanno richiesta viene assegnato da parte delle Regioni e PA, un numero d'identificazione ai sensi dell'art. 17, comma 1, lettera c) del regolamento 767/2009;
- 2) tale numero deve avere il formato dell'allegato V, capo II del regolamento (CE)183/05;
- 3) ove possibile, le Autorità regionali confermano i vecchi numeri di registrazione, rilasciati ai sensi del D.L.vo n. 123/1999, agli operatori che erano registrati ai sensi di tale decreto, modificando il riferimento normativo per cui tale numero viene rilasciato con l'art. 17, comma 1, lettera c) del regolamento(CE) n. 767/2009;
- 4) le Regioni e PA attribuiscono tali numeri ai sensi dell'art. 17, comma 1, lettera c) del regolamento n. 767/2009, notificandoli con un atto amministrativo all'operatore che ne ha fatto richiesta; il formato univoco del codice di registrazione è costituito, dal codice ISO dello Stato IT, seguito da un massimo di n. 8 caratteri di cui sei numerici e due alfanumerici indicanti la provincia sede della registrazione (es. IT 00000 1FI);
- 5) il Ministero della Salute predispone un fac-simile di domanda per la richiesta di tale numero da inoltrare alla Regione per tramite dell'ASL competente da parte dell'operatore richiedente;
- 6) il Ministero della Salute cura la predisposizione e l'aggiornamento di un elenco nazionale specifico di tali operatori (*Elenco operatori del settore dei mangimi registrati ai sensi del regolamento (CE) n. 183/2005 identificati ai sensi del articolo 17 comma 1 c) del regolamento (CE) n. 767/2009*);
- 7) tale elenco è conforme al formato dell'allegato V, capo 1 del regolamento (CE) n. 183/05 e sarà accessibile e consultabile sul portale del Ministero;
- 8) le Regioni e PA sono tenute, al fine dell'aggiornamento di detto elenco, alla comunicazione al Ministero della Salute dei dati degli operatori a cui viene assegnato il numero d'identificazione ai sensi dell'art. 17 comma 1, lettera c) del regolamento (CE) n. 767/2009, fornendoli secondo il formato della tabella di cui all. V capo I del regolamento (CE)183/05.

INFORMATICA E SERVIZI REGIONALI





Presidenza
del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

Marca
da bollo

Alla Regione (Provincia Autonoma di.....
per il tramite dell'A.S.L.

RACCOMANDATA A.R.

Oggetto: richiesta assegnazione numero di identificazione ai sensi dell'articolo 17, comma 1, lettera c, del regolamento (CE) 767/2009

Il sottoscritto

nato a _____ prov. [..]

il [..]/[..]/[..]

in qualità di legale rappresentante della Ditta

Ragione sociale

codice fiscale [..] partita I.V.A. [..]

Con sede legale e/o amministrativa sita in

Indirizzo

C.A.P. - Comune _____ prov. [..]

Telefono [..] Fax [..]

e-mail

e sede produttiva sita in (indicare solo se diversa dalla sede legale e/o amministrativa)

Indirizzo

C.A.P. - Comune _____ prov. [..]

Telefono [..] Fax [..]

e-mail

CHIEDE

L'ATTRIBUZIONE DEL NUMERO D'IDENTIFICAZIONE

conforme al formato di cui all'allegato V, capo II del regolamento (CE) n. 183/2005.

(barrare le voci che interessano):

- Produttore di mangimi composti conto terzi
- Operatore del settore dei mangimi importatore

Località

il [..]/[..]/[..]

in fede
(firma e timbro)

STAMPATO IN ITALIA - L. 15/04/2008 - 13





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano in materia di impiego transitorio di latte crudo bovino non rispondente ai criteri di cui all'Allegato III, Sezione IX, del Regolamento CE n. 853/2004, per quanto riguarda il tenore di germi e cellule somatiche, per la produzione di formaggi con periodo di maturazione di almeno sessanta giorni.

Rep. Atti n. 159/ese del 23 settembre 2010

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE
PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nella odierna seduta del 23 settembre 2010:

VISTO l'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, il quale prevede che, in sede di Conferenza Stato - Regioni, il Governo può promuovere la stipula di intese dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni;

VISTO il Regolamento (CE) n. 852/2004 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 sull'igiene dei prodotti alimentari;

VISTO il Regolamento (CE) n. 853/2004 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004, che stabilisce norme specifiche in materia d'igiene per gli alimenti di origine animale;

VISTO, in particolare, l'articolo 10, comma 8, lett. a) del citato Regolamento (CE) n. 853/2004, che prevede che gli Stati membri, senza compromettere il raggiungimento degli obiettivi del Regolamento medesimo, possono autorizzare l'impiego di latte crudo bovino non rispondente ai criteri di cui all'Allegato III, Sezione IX, per quanto riguarda il tenore di germi e cellule somatiche, per la fabbricazione di formaggi che richiedono un periodo di maturazione di almeno 60 gg e di prodotti lattiero caseari ottenuti dalla produzione di detti formaggi;

VISTO il Regolamento (CE) n. 854/2004 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004, che stabilisce norme specifiche per l'organizzazione di controlli ufficiali sui prodotti di origine animale destinati al consumo umano;

VISTA l'intesa in materia di deroga transitoria per la produzione di formaggi prodotti con latte bovino e con periodo di maturazione di almeno 60 giorni ai sensi dei Regolamenti CE nn. 852 e 853 del 2004, sancita da questa Conferenza nella seduta del 25 gennaio 2007 (Rep. atti n. 6/CSR), che, all'articolo 1, comma 3, prevede la possibilità, al termine del periodo transitorio di tre anni a partire dal 1° gennaio 2006, di rivalutare la deroga concessa tenendo conto dei risultati dei piani di controllo, dell'analisi del rischio e delle conoscenze scientifiche acquisite a tale data;

R.F.M. - P.O.R.M. - D.O.L. - Z.F.G. - A.U.I. - O.R.I. - A.T.S.P.A. - E.





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

VISTA la nota del 22 dicembre 2009 con la quale il Ministero della salute ha trasmesso lo schema di intesa in oggetto, diramato alle Regioni e Province autonome con lettera in data 11 gennaio 2010;

VISTA la nota del 25 gennaio 2010 con la quale la Regione Toscana, Coordinatrice interregionale in sanità, ha espresso l'avviso tecnico favorevole e ha chiesto di non procedere all'incontro tecnico convocato al riguardo per il 10 febbraio 2010;

VISTA la nota in data 1 febbraio 2010 con la quale il Ministero della salute ha inviato una nuova versione dello schema di intesa in parola;

VISTA la lettera in data 4 febbraio 2010 con la quale la citata versione è stata diramata alle Regioni e Province autonome;

VISTA la nota in data 8 febbraio 2010 con la quale la Regione Toscana, Coordinatrice interregionale in sanità ha espresso in ordine a detta nuova versione dello schema di intesa in parola l'avviso tecnico favorevole;

VISTE le lettere in data 10 febbraio 2010 e in data 19 febbraio 2010 con le quali è stato chiesto al Ministero dell'economia e delle finanze di far conoscere le proprie eventuali osservazioni al riguardo;

VISTA la nota in data 15 settembre 2010 con la quale il Ministero dell'economia e delle finanze ha comunicato il nulla osta all'ulteriore corso del provvedimento;

VISTA la nota in data 20 settembre 2010 con la quale il Ministero della salute ha inviato la definitiva versione dello schema di intesa di cui trattasi;

VISTA la lettera in data 21 settembre 2010 con la quale la definitiva versione dello schema di intesa in parola è stata diramata alle Regioni e Province autonome;

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano;

SANCISCE INTESA

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nei termini di seguito riportati:

Premesso che;

- dall'analisi dei dati derivanti dai piani di controllo sul latte crudo bovino, effettuati nel periodo 2007-2008, trasmessi al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali dalle Regioni

MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

Emilia Romagna e Lombardia, rispettivamente, con note n. prot. 408 del 9 aprile 2009 e n. prot. H1.2009.0012609 del 6 aprile 2009, è scaturita l'indicazione di mantenere in atto la possibilità di utilizzo del latte "non conforme" ai criteri di cui all'Allegato III, Sezione IX del Reg. (CE) n. 853/2004, con destinazione vincolata alla produzione di formaggi con periodo di maturazione di almeno sessanta giorni e con la fissazione di limiti progressivamente decrescenti;

- è opportuno, comunque, definire, per il latte in deroga, tenori massimi per i germi e per le cellule somatiche;

- le misure previste dalla presente Intesa rappresentano un adattamento dei requisiti di cui all'allegato III del Regolamento (CE) n. 853/2004 e che le stesse non compromettono il raggiungimento degli obiettivi di cui allo stesso Regolamento;

Il Governo, le Regioni e le Province autonome convengono che:

Art. 1

1. E' consentito, fino al 30 giugno 2013, l'impiego di latte crudo bovino non corrispondente ai criteri di cui all'allegato III, sezione IX, del Regolamento (CE) 853/2004 per quanto riguarda il tenore in germi a 30° C ed il tenore in cellule somatiche, per la produzione di formaggi con un periodo di stagionatura o maturazione superiore ai 60 gg e per i prodotti lattiero-caseari ottenuti dalla lavorazione di detti formaggi, compresi il siero e le creme, alle condizioni previste dai successivi commi 2 e 3.

2. Gli operatori del settore alimentare e le aziende bovine da latte che non sono in grado di rettificare la situazione di non conformità ai criteri di cui all'allegato III, sezione IX, del Regolamento (CE) 853/2004 per quanto riguarda il tenore in germi a 30° C ed il tenore in cellule somatiche sono autorizzati ad avvalersi della possibilità di cui al comma 1 a condizione che il latte sia rispondente ai seguenti requisiti:

- Dal 1° gennaio 2011 il latte crudo bovino deve avere un tenore in germi inferiore a 200.000 /ml ed un tenore in cellule somatiche inferiore a 700.000 /ml calcolati sulla media geometrica mobile conformemente al Regolamento (CE) 853/2004;
- Dal 30 giugno 2011 il tenore in germi a 30° deve essere conforme al Regolamento 853 ed il tenore in cellule somatiche deve essere inferiore a 600.000/ml calcolato sulla media geometrica mobile conformemente al Regolamento (CE) 853/2004;
- Dal 30 giugno 2012 fino al 30 giugno 2013 il tenore in cellule somatiche deve essere inferiore a 500.000/ml calcolato sulla media geometrica mobile conformemente al Regolamento (CE) 853/2004.

REPUBBLICA ITALIANA - REGIONE ABRUZZO





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOZENO

3. Le creme, il siero e gli altri prodotti ottenuti dalla lavorazione del latte di cui al comma 1 devono essere sottoposti, prima o durante il processo di trasformazione, ad un trattamento termico avente un effetto almeno equivalente alla pastorizzazione.
4. Il latte che non risponde ai requisiti di cui al comma 2 non può essere destinato al consumo umano.
5. Le Regioni e Province Autonome, con proprio provvedimento da notificare al Ministero della Salute, possono stabilire requisiti più restrittivi per l'applicazione sul proprio territorio di quanto previsto dal comma 1 e 2.

Art. 2

1. Nel periodo di impiego del latte di cui all'articolo 1, l'operatore di cui al comma 2 dell'art. 1 è tenuto a dimostrare di avere adottato misure finalizzate a rettificare la situazione.
2. Sono fatti salvi gli obblighi dei controlli igienico-sanitari previsti dall'allegato III, sezione IX, capo I, parte III del Regolamento (CE) n. 853/2004 e dall'allegato IV del Regolamento (CE) n. 854/2004.
3. L'operatore di cui al comma 2 dell'art. 1 che, a seguito di analisi in autocontrollo, dimostra di rispettare nuovamente i criteri di cui all'allegato III, sezione IX, del Regolamento (CE) 853/2004 per quanto riguarda il tenore in germi a 30° C ed il tenore in cellule somatiche è autorizzato a riprendere la consegna del latte per il consumo umano anche per la produzione di prodotti diversi da formaggi con maturazione superiore di 60 gg.
4. Le Regioni e Province Autonome tramite i Servizi Veterinari delle ASL raccolgono i dati e le informazioni relativamente agli operatori che si avvalgono del presente provvedimento.

Art. 3

1. Dal 30 giugno 2013 il Ministero della Salute su proposta delle Regioni e Province Autonome, potrà rivalutare il presente provvedimento per particolari tipologie di prodotti per i quali, tenendo conto delle informazioni trasmesse dalle Regioni e Province autonome, la tipologia di allevamento e di produzione non consente il raggiungimento dei parametri per cellule somatiche e tenori in germi di cui al Regolamento (CE) 853/2004.

IL SEGRETARIO
Cons. Ermenegilda Siniscalchi

E. Siniscalchi



IL PRESIDENTE
On. Dott. Raffaele Fitto

Raffaele Fitto

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]



Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulle linee di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera e assistenziale.

Rep. n. 246/esr del 16 dicembre 2010

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE
PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nell'odierna seduta del 16 dicembre 2010:

VISTO l'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, che prevede la possibilità per il Governo di promuovere, in sede Conferenza Stato-Regioni o di Conferenza Unificata, la stipula di intese dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni;

VISTA la nota pervenuta in data 3 agosto 2010 con la quale il Ministero della salute ha trasmesso, ai fini del perfezionamento di una apposita intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, un documento recante "Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera e assistenziale";

CONSIDERATO che il documento in parola, redatto da un gruppo tecnico di esperti nel settore della dietetica e nutrizione clinica ospedaliera e territoriale, propone un modello di ristorazione in ambito ospedaliero ed assistenziale con l'intento di rendere omogenee le attività connesse e di migliorare il rapporto dei pazienti ospedalizzati con il cibo;

CONSIDERATO che il predetto documento contiene, tra l'altro, indicazioni in ordine alle strategie gestionali e clinico-nutrizionali da adottare per la prevenzione e cura della malnutrizione e alle modalità organizzative della ristorazione ospedaliera ed assistenziale;

VISTA la lettera in data 6 settembre 2010 con la quale il documento di cui trattasi è stato diramato alle Regioni e Province autonome;

VISTA la lettera in data 9 settembre 2010 con la quale il Ministero della salute ha trasmesso una nuova versione del documento, che è stata diramata in data 15 settembre 2010;

CONSIDERATO che nel corso dell'incontro tecnico svoltosi il 4 novembre 2010 sono state concordate una serie di modifiche al documento in oggetto e i rappresentanti del Ministero della salute si sono impegnati ad inviare una nuova versione del testo che tenga conto degli approfondimenti condotti nell'incontro medesimo;





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

VISTA la nota del 10 novembre 2010 con la quale il Ministero della salute ha inviato la versione definitiva del documento in oggetto, allegato sub A, parte integrante del presente atto, che recepisce quanto concordato nel corso del predetto incontro tecnico, e che è stata diramata in data 15 novembre 2010;

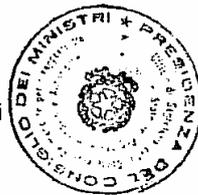
VISTA la nota in data 9 dicembre 2010 con la quale la Regione Veneto, Coordinatrice della Commissione salute, ha comunicato l'avviso tecnico favorevole sul documento in parola;

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo e delle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano sullo schema di intesa in oggetto;

SANCISCE INTESA

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulle linee di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera e assistenziale, Allegato sub A, parte integrante del presente atto.

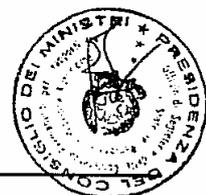
IL SEGRETARIO
Cons. Ermenegilda Siniscalchi



IL PRESIDENTE
On. Dott. Raffaele Fitto

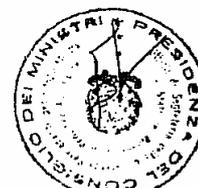
Allegato A

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



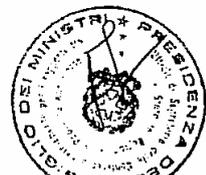
Autori

Maria Luisa Amerio	<i>Primario U.O. Dietetica e Nutrizione clinica ASL Asti</i>
Silvio Borrello	<i>Direttore Generale DG SAN Ministero della Salute</i>
Carlo Caltagirone	<i>Direttore scientifico IRCCS Santa Lucia Roma</i>
Alessandro Ciorba	<i>Direttore scientifico IZS Perugia</i>
Roberto Copparoni	<i>Dirigente medico DG SAN Ministero della Salute</i>
Maria Antonietta Di Vincenzo	<i>Dirigente medico DG SAN Ministero della Salute</i>
Massimo Fini	<i>Direttore scientifico IRCCS San Raffaele Pisana Roma</i>
Rita Finotto	<i>Direttore sanitario ospedaliero ULSS 10 Veneto</i>
Maria Antonia Fusco	<i>Primario emerito U.O. Dietetica e Nutrizione clinica ASO San Camillo-Forlanini Roma e componente C.U.D.N.</i>
Daniela Galeone	<i>Direttore Ufficio II DCOM Ministero della Salute</i>
Lucia Guidarelli	<i>Direttore Ufficio V DG SAN Ministero della Salute</i>
Marcello Imbriani	<i>Direttore scientifico Fondazione Maugeri Pavia</i>
Francesco Leonardi	<i>Primario U.O. Dietetica e Nutrizione clinica AO Cannizzaro Catania</i>
Stefano Paolucci	<i>Dirigente medico IRCCS Santa Lucia Roma</i>
Adelaide Potenza	<i>Dirigente medico responsabile di Dietologia IRCCS Ospedale Casa Sollievo della sofferenza di San Giovanni Rotondo</i>
Giuseppe Rotilio	<i>Fondazione IRCCS San Raffaele Pisana Roma</i>
Stefano Saccares	<i>Dirigente veterinario I.Z.S. Roma</i>
Umberto Scognamiglio	<i>Ricercatore IRCCS Santa Lucia Roma</i>
Paolo Spinella	<i>Professore aggregato Dipartimento Medicina clinica e sperimentale Università di Padova</i>
Matteo Vitali	<i>Professore associato Dipartimento Scienze di Sanità Pubblica Università di Roma "Sapienza"</i>



Indice generale

1. *Introduzione*
2. *Intervento nutrizionale*
3. *Malnutrizione*
 - 3.1 in ambito ospedaliero
 - 3.2 in ambito extraospedaliero
4. *Screening del rischio nutrizionale*
5. *Terapia nutrizionale*
6. *Ristorazione ospedaliera ed extraospedaliera*
 - 6.1 organizzazione in ambito ospedaliero
 - 6.2 ruoli e responsabilità in ambito ospedaliero
 - 6.3 organizzazione in ambito extraospedaliero
 - 6.4 ruoli e responsabilità in ambito extraospedaliero
7. *Fabbisogni nutrizionali*
8. *Aspetti qualitativi*
 - 8.1 carta del servizio
9. *Formazione*
10. *Strategie di comunicazione*
11. *Rete nazionale del servizio di ristorazione*
12. *Appendice*
 - 12.1 flow chart operativa per la valutazione del rischio nutrizionale
 - 12.2 scelta di tipo e via di somministrazione della N. A.
 - 12.3 algoritmo dell'intervento nutrizionale
 - 12.4 MUST
 - 12.5 NRS
 - 12.6 MNA
 - 12.7 fabbisogni in gravidanza
13. *Glossario*
14. *Bibliografia*



1. Introduzione

Lo stato nutrizionale contribuisce alla qualità della vita di ogni persona e l'alimentazione può costituire fattore di rischio per numerose patologie.

Alla luce della notevole incidenza e prevalenza delle patologie cronico-degenerative, per le quali l'alimentazione rappresenta un fattore determinante, l'OMS e l'UE hanno sinergicamente pianificato una politica internazionale finalizzata all'adozione, da parte della popolazione, di abitudini di vita salutari. Rientrano tra le principali iniziative: accordi, interventi mirati a gruppi di popolazione ad alto rischio, promozione di attività di comunicazione, nonché l'adattamento dei sistemi sanitari per garantire cure efficaci e continuità assistenziale.

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

La malnutrizione, problema misconosciuto e/o sottovalutato, spesso presente già all'inizio del ricovero, aumenta durante la degenza, particolarmente negli anziani e nei lungodegenti, e comporta elevati costi, sia diretti (correlati alla patologia), sia indiretti (in termini socio-psicologici, aumentata vulnerabilità alla malattia, ricoveri ripetuti, ecc.).

Per fronteggiare queste problematiche, il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, oggi Ministero della Salute, ha emanato, per l'anno 2009, una Direttiva generale, per l'azione amministrativa e la gestione concernente il Progetto finalizzato al miglioramento della qualità nutrizionale e della sicurezza alimentare nei soggetti ospedalizzati anziani e/o degenti delle strutture riabilitative.

Ai fini della realizzazione del suddetto progetto è stato istituito, presso la Direzione Generale per la Sicurezza degli Alimenti e della Nutrizione, un tavolo tecnico ⁽¹⁾ sulla ristorazione negli ospedali e nelle strutture assistenziali con l'obiettivo di predisporre delle *Linee di indirizzo*. Lo scopo è di stabilire i principi generali per la ristorazione ospedaliera e assistenziale e di presentare un modello da proporre a livello nazionale, al fine di rendere omogenee le attività connesse con la ristorazione ospedaliera, intese a migliorare il rapporto dei pazienti ospedalizzati con il cibo.

La attuale situazione italiana vede una disomogeneità particolarmente marcata tra le Regioni e, spesso, nell'ambito della stessa Regione, tra le diverse strutture.

Tale disomogeneità non si manifesta soltanto a livello di qualità nutrizionale, ma anche nell'approccio alle varie problematiche quali ad esempio modalità di distribuzione del pasto, livello di conoscenza degli operatori, figure professionali impiegate, diversa consapevolezza del ruolo dell'alimentazione nella promozione della salute, mentre la Nutrizione deve essere inserita a pieno titolo nei percorsi di diagnosi e cura.

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

Tra le tematiche affrontate, sono di grande attualità e rilevanza per il benessere psicofisico del paziente le strategie gestionali e clinico-nutrizionali da adottare per la prevenzione e cura della malnutrizione e la descrizione delle modalità organizzative della ristorazione.

L'intento è quello di garantire sia la sicurezza alimentare che quella nutrizionale, talvolta trascurata anche per la scarsa presenza di Unità Operative di Dietetica e Nutrizione Clinica nell'ambito del SSN. E' auspicabile, inoltre, un maggiore coinvolgimento del Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) delle ASL.



Una corretta alimentazione costituisce uno straordinario fattore di salute e la nutrizione va dunque inserita a pieno titolo nei percorsi di diagnosi e cura, mentre una non corretta gestione del degente dal punto di vista nutrizionale può determinare complicanze e costituire, quindi, una “malattia nella malattia”. L'aspetto nutrizionale è parte di una visione strategica più ampia del percorso di salute all'interno di un'attività assistenziale e clinica di qualità.

La ristorazione in ospedale e nelle strutture assistenziali deve divenire un momento di educazione alimentare e di vera e propria cura; a tal fine, occorre sensibilizzare e formare il personale, renderlo consapevole della delicatezza della materia e disporre di strumenti fondamentali quali il Prontuario dietetico (o Dietetico), il monitoraggio del grado di soddisfazione del paziente e la rilevazione periodica degli scarti.

Il Ministero, nell'ottica di migliorare la qualità del servizio, la soddisfazione e lo stato di salute del paziente intende monitorare la situazione, valutare il riscontro e l'efficacia delle presenti Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera e assistenziale, anche attivando una **Rete nazionale di monitoraggio attraverso le Regioni e le Province Autonome, secondo modalità che saranno concordate in relazione alla più vasta problematica del flusso di informazioni tra le Aziende sanitarie, le Regioni e le Province Autonome e il Ministero della Salute.**

⁽¹⁾ Per i componenti del tavolo tecnico, presieduto dal direttore generale DGSAN Ministero della Salute, si rimanda alla pagina 2 - Autori.



2. Intervento nutrizionale

L'intervento nutrizionale assume un diverso significato in relazione alle situazioni in cui può essere messo in atto. Si può sostenere che, essendo molteplici le possibilità d'intervento, risulta quanto mai opportuno stabilirne significato, finalità ed obiettivi, modalità e tutte quelle altre caratteristiche che ne definiscano in maniera chiara il ruolo ed i limiti.

L'esigenza di chiarezza appare più netta laddove più marcata è la differenza, come tra soggetto sano e malato.

L'intervento nutrizionale ha come obiettivo, nel primo caso, il mantenimento e la promozione della salute, mentre nel soggetto affetto da patologia ha **anche** finalità terapeutiche specifiche e/o di prevenzione delle complicanze.

L'argomento, con le problematiche connesse, assume maggiore rilevanza qualora lo si affronti per la popolazione anziana nella quale la linea di confine tra salute e malattia è decisamente più sottile e l'assenza di malattia può non coincidere propriamente con lo stato di salute e di benessere.

Nel 2002 il Consiglio d'Europa ha emanato le linee guida relative alla corretta alimentazione negli ospedali, esortando le amministrazioni ospedaliere a porre maggiore attenzione alla ristorazione, intesa come mezzo di prevenzione della malnutrizione.

Gli attori di questo intervento sono l'Unità Operativa (U.O.) di Dietetica e Nutrizione clinica (medici specialisti in scienza dell'alimentazione e dietisti) ⁽²⁾, i Reparti di degenza (personale sanitario e parasanitario), la Direzione Sanitaria ospedaliera, il Servizio di Ristorazione.

E' opportuno che l'identificazione di soggetti a rischio di malnutrizione sia seguita dalla segnalazione alla sopraccitata U.O. che predispone il tipo d'intervento nutrizionale che deve iniziare sin dai primi momenti del ricovero, per proseguire fino alla dimissione, con la prescrizione della terapia dietetico-nutrizionale da seguire a domicilio.

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

(2) In caso di assenza dell'Unità Operativa (U.O.) di Dietetica e Nutrizione clinica – di cui si auspica una maggiore diffusione nell'ambito del SSN – la stessa sarà compensata con competenze qualificate opportunamente individuate.

Sintesi

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

E' necessario che l'identificazione di soggetti a rischio di malnutrizione sia seguita dalla segnalazione al medico specialista in Scienza dell'Alimentazione, che, a sua volta, predisporrà il tipo d'intervento nutrizionale che dovrà iniziare sin dai primi momenti del ricovero, per proseguire fino alla dimissione con la prescrizione della terapia dietetico-nutrizionale da seguire a domicilio.



3. Malnutrizione

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

Esistono due grandi tipologie di malnutrizione, per eccesso e per difetto.

Quest'ultima, in particolare, non è causata da un unico fattore ma il più delle volte è dovuta a carenze nutrizionali multiple, determinate da problemi di masticazione, deglutizione, digestione, assorbimento, alterato metabolismo, perdita di nutrienti o aumento dei fabbisogni.

Si riconoscono diverse forme di malnutrizione per difetto, ma in seguito si farà riferimento principalmente alla Malnutrizione Proteico-Energetica (Protein Energy Malnutrition, PEM).

Conseguenze cliniche della malnutrizione

E' noto che la malnutrizione incrementa la vulnerabilità del paziente, con maggiore morbilità e mortalità. Tale situazione è inoltre responsabile dell'aumento delle complicanze, condiziona negativamente i risultati delle terapie, riduce la risposta immunitaria e predispone alle infezioni, ritarda la cicatrizzazione, compromette la funzione di organi ed apparati, riduce massa e forza muscolare, induce effetti dannosi a livello psichico con depressione e scarso interesse per il cibo. Tutto ciò comporta una richiesta di cure maggiore e più prolungata, con ritardo nel recupero delle performance: la malnutrizione associata alla malattia prolunga la degenza del 10-15%, in media di 6 giorni.

Conseguenze economiche della malnutrizione

Dati di letteratura suggeriscono che la malnutrizione correlata a patologia costi al Regno Unito 7.4 miliardi di sterline/anno (Elia et al. 2005), il che equivale al 50% delle spese in ambito comunitario, solo per quanto riguarda i costi diretti, essendo difficile quantificare l'impatto economico in termini socio-psicologici e di maggiore vulnerabilità alla malattia.

Da non sottovalutare poi che la malnutrizione è di per sé frequente motivo di riammissione ospedaliera, instaurando così un circolo vizioso in cui lo stato nutrizionale può peggiorare ad ogni passaggio con conseguente ulteriore aumento dei costi sanitari.

Parallelamente è riconosciuto che un miglioramento dello stato nutrizionale conduce a benefici di natura economica e ad un più efficiente utilizzo delle risorse di cura, particolarmente in termini di riduzione del rischio di ospedalizzazione, ricovero più breve e ridotto rischio di riammissione ospedaliera.

Al contrario, l'incremento dei tempi di degenza indotto dalla malnutrizione comporta un aumento dei costi annuali ospedalieri quantificato in diverse realtà nazionali.

Considerato che la malnutrizione iatrogena attesa negli ospedali non è inferiore al 15,7% e l'allungamento della degenza media a causa della PEM è 54,9% (media ponderata dei 6 studi europei più recenti dal 2000 al 2008), le giornate di degenza a causa della PEM iatrogena recuperabili annualmente ammontano a circa 8,5% in ospedali di 800-900 posti letto.

Se si recuperasse solo metà di detta percentuale, detratti anche i costi relativi al trattamento nutrizionale, l'utile previsto sarebbe comunque 1-3 milioni di euro/anno per singolo ospedale (L. Lucchin 2009).



3.1 malnutrizione in ambito ospedaliero

La letteratura riporta che, in Europa, la malnutrizione si riscontra con una frequenza del 10-80 % (in media 35%) tra i nuovi ammessi in ospedale e che tale condizione si aggrava, nella maggior parte dei casi, durante la degenza ospedaliera stessa.

Anziani, pazienti oncologici, chirurgici, con insufficienza d'organo, neurologici sono tra le categorie maggiormente a rischio. E' dimostrato che ultraottantenni ricoverati in ospedale hanno una probabilità 5 volte superiore di sviluppare la malnutrizione rispetto a pazienti di età inferiore a 50 anni, e presentano minore risposta al trattamento della malnutrizione stessa (*Pirlich et al. 2005*).

Nel 1994 appaiono i primi dati nazionali di ordine generale relativi all'incidenza della malnutrizione, ottenuti a seguito di una ricerca multicentrica che ha coinvolto 10 Unità Operative di Dietetica e Nutrizione clinica (*Comi D et al. 1994*), seguiti nel 1999 dai dati raccolti dalla rete dei Servizi di Dietetica e Nutrizione clinica del Piemonte. In questo studio l'incidenza della malnutrizione si attesta tra il 22% e il 35%, ed è stato sempre registrato un peggioramento al termine della degenza.

Nel novembre 2002 il Comitato dei Ministri della Sanità del Consiglio d'Europa ha emanato una Risoluzione, teoricamente vincolante per i Paesi firmatari, tra cui l'Italia, dal titolo "Food and nutritional care in hospital", che ha esaminato il problema della malnutrizione in Europa e le strategie finalizzate ad affrontarlo.

Lo studio PIMAI (Project Iatrogenic MALnutrition in Italy), terminato nel settembre 2005, ha coinvolto 13 strutture ospedaliere in 13 Regioni per un campione totale di 1830 soggetti. Il primo dato che emerge e su cui è necessario riflettere è la presenza tra i degenti di un tasso di malnutriti tuttora pari al 31%, che conferma ulteriormente la disattenzione nei confronti del problema.

Da questo studio è emerso inoltre che il vitto ospedaliero è il parametro maggiormente percepito dal paziente ricoverato, che gli attribuisce significati che vanno oltre il mero aspetto alberghiero. Come è logico attendersi, i degenti ritengono che il cibo che viene loro fornito sia mirato alla patologia di cui soffrono e tendono a continuare a domicilio quanto vissuto in ospedale.

Il mancato inserimento della ristorazione ospedaliera nella gestione aziendale si configura, dunque, come un errore tutt'altro che veniale.



Fattori che concorrono alla genesi della malnutrizione ospedaliera

- patologia di base e sue complicanze
- immobilizzazione a letto
- mancata registrazione di peso e statura all'ammissione in reparto
- mancato monitoraggio del peso durante il ricovero
- eccessivi prelievi ematici nosocomiali, anemia
- vitto ospedaliero poco gradevole
- scarsa attenzione all'alimentazione spontanea
- frequenti digiuni correlati a procedure diagnostiche e/o terapeutiche
- mancato riconoscimento di aumentato fabbisogno energetico (febbre, sepsi, ustioni, interventi chirurgici, ecc.)
- mancato riconoscimento di aumentate perdite di nutrienti (fistole, vomito, malassorbimento, proteinurie, ecc.)
- uso prolungato di perfusioni parenterali gluco-saline o alimentazione artificiale ipocalorica protratta
- scarsa conoscenza della composizione dei prodotti nutrizionali (N.E., N.P.)
- ritardo dell'inizio della somministrazione di supporti nutrizionali
- scarse conoscenze nutrizionali del personale sanitario
- cause iatrogene: chemio-radioterapia, chirurgia maggiore ecc.

3.2 malnutrizione in ambito extraospedaliero relativa al paziente anziano

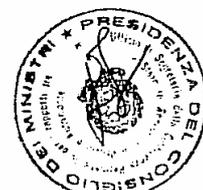
La malnutrizione nell'anziano è in gran parte correlata all'ambiente in cui vive: la prevalenza è 4-10% quando vive in casa, mentre quando vive in casa di riposo, in ospedale o in lungodegenza raggiunge rispettivamente il 20%, 40% e il 70% .

Anche i valori di prevalenza di malnutrizione per eccesso (obesità) sono degni di considerazione in età geriatrica in quanto compresi tra il 20% ed il 35%.

Qualora l'indice utilizzato per definire la PEM sia l'Indice di Massa Corporea (IMC), considerando 20 kg/m^2 il valore di riferimento per identificare il limite inferiore di normalità, la prevalenza di malnutrizione oscilla tra il 10% e il 50%.

Mediante lo screening che utilizza il decremento ponderale si identifica una prevalenza che varia tra il 5% ed il 41%.

Nell'anziano di età superiore ai 65 anni si osservano spesso situazioni di malnutrizione sia per difetto che per eccesso che riconoscono un'eziologia multipla.



Fattori che concorrono alla genesi della malnutrizione nell'anziano

NUTRIZIONALI	abitudini e consumi alimentari inadeguati e/o insufficienti diminuzione dell'appetito interazione farmaci-nutrienti prescrizioni dietetiche restrittive e/o inadeguate variazione nel fabbisogno energetico e di nutrienti
CLINICI	edentulia e cattiva gestione della protesi nausea/vomito, malassorbimento, diarrea protratta patologie croniche
NEURO - PSICHIATRICI	confusione, depressione, demenza deficit funzionali o motori o sensoriali disfagia Parkinson e altri disturbi neurologici
SOCIALI	livello culturale povertà istituzionalizzazione isolamento, inabilità a procurarsi e/o a preparare i cibi assistenza scarsa o non professionale ai pasti

Malnutrizione per eccesso nell'anziano

In età avanzata, una modica eccedenza di peso può essere tollerata (3-5 Kg rispetto al peso forma dell'età adulta) in quanto risulta fisiologicamente "protettiva" per la salute ed aumenta l'aspettativa di vita.

Sono comunque ampiamente documentate le relazioni tra eccessi alimentari, che determinano sovrappeso, obesità e malattie cronico-degenerative quali diabete mellito non insulino-dipendente, dislipidemie, ipertensione, malattie cardiovascolari.

Nel soggetto anziano il sovrappeso e l'obesità sono aggravati dalla sedentarietà e dalla progressiva riduzione del metabolismo basale e favoriscono con maggiore frequenza ulcere da decubito, frattura del femore e disturbi vascolari periferici.



Sintesi

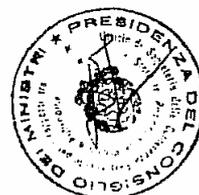
Per malnutrizione si intende una condizione di alterazione funzionale, strutturale e di sviluppo dell'organismo, conseguente allo squilibrio tra fabbisogni, introiti e utilizzazione dei nutrienti, tale da comportare un eccesso di morbilità e mortalità e/o un'alterazione della qualità di vita.

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

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

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

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



4. Screening del rischio nutrizionale

La valutazione precoce del rischio nutrizionale del paziente, effettuata al momento del ricovero e dei successivi monitoraggi, consente di contrastare l'instaurarsi di stati di malnutrizione ospedaliera e/o di correggere situazioni di malnutrizione precedenti.

La prima valutazione del rischio nutrizionale deve costituire la prassi ed essere effettuata tempestivamente da personale appositamente identificato in ciascuna struttura sanitaria. I risultati dello *screening* nutrizionale devono essere finalizzati ad una richiesta appropriata di intervento nutrizionale per la valutazione e il trattamento.

Le metodiche a cui fare riferimento per la valutazione dello stato nutrizionale sono molteplici, tuttavia è possibile ricorrere a protocolli semplificati, applicabili in tutti gli ospedali e strutture assistenziali. Richiamando i criteri espressi da diverse società scientifiche, la procedura per la valutazione dovrebbe comprendere:

- rilevazione di peso e statura,
- calcolo dell'IMC,
- rilevazione e valutazione del calo/incremento ponderale negli ultimi 3-6 mesi,
- valutazione della gravità della malattia. In particolare il paziente è a rischio nutrizionale se è ricoverato in terapia intensiva, se ha subito traumi, ustioni, fratture, interventi di chirurgia elettiva, se ha sepsi o lesioni da decubito o soffre di complicanze acute in corso di malattia cronica,
- rilevazione e valutazione dell'introito alimentare.

La valutazione dello stato di nutrizione deve essere completata e monitorata utilizzando misure e indici antropometrici e biochimici ed effettuando la determinazione dell'introito alimentare secondo schemi codificati (vedi flow-chart in appendice).

Gli interventi con screening nutrizionali in differenti contesti di cura generalmente indicano benefici clinici, ma non di rado sono limitati da campioni troppo piccoli e/o da inadeguate metodologie.

I fattori che influenzano i risultati includono la validità, l'attendibilità, la facilità d'uso delle procedure di screening e il divario che esiste tra un approccio standard di cura e l'approccio ottimale.

Lo screening nutrizionale, procedura che può essere utilizzata da infermieri, dietisti, medici al primo contatto con il soggetto, permette di evidenziare una condizione altrimenti non riconoscibile e solitamente sensibile a trattamento nutrizionale.

Esso permette di definire:

- il paziente non a rischio, ma che deve essere controllato a specifici intervalli di tempo (es. settimanalmente durante la degenza ospedaliera),
- il paziente a rischio che necessita di un piano nutrizionale,
- il paziente a rischio con complicanze metaboliche o funzionali che impediscono di portare avanti il piano di cura nutrizionale,
- se esiste il dubbio che il paziente sia a rischio di malnutrizione.

Timing dello screening nutrizionale

Lo screening del rischio nutrizionale deve essere effettuato su tutti i pazienti che vengono ricoverati presso tutte le divisioni ospedaliere con una previsione di ricovero superiore a 5 giorni.



La procedura va eseguita da parte del personale sanitario del reparto di degenza entro le 48 ore dall'accettazione e ripetuta ogni 7 giorni, anche nei pazienti senza rischio di malnutrizione all'ingresso in ospedale.

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

A tale scopo possono essere impiegati strumenti anche di semplice utilizzazione e lettura quali, ad esempio, questionari semiquantitativi in grado di valutare se l'assunzione da parte del paziente degli alimenti previsti dalla dieta è totale o parziale.

Strumenti di screening nutrizionale validati

Nel 2002 l'*Education and Clinical Practice Committee* dell'ESPEN (European Society of Parenteral and Enteral Nutrition) ha elaborato il documento *Guidelines for Nutrition Screening 2002* con lo scopo di fornire linee guida in merito allo screening del rischio nutrizionale, attraverso strumenti applicabili a diversi contesti (comunità, ospedale, popolazione anziana) e basati su evidenze validate.

- *Malnutrition Universal Screening Tool* (MUST) per adulti residenti in comunità (v. appendice).

Lo scopo del MUST, che è stato sviluppato principalmente per essere usato nelle comunità, è di identificare la malnutrizione sulla base di conoscenze circa l'associazione tra stato nutrizionale deteriorato ed alterazioni funzionali.

Questo strumento è stato recentemente esteso ad altri contesti di cura, inclusi gli ospedali, dove si è riscontrata un'elevata attendibilità tra operatori-rilevatori e una notevole validità predittiva (durata della degenza, mortalità).

- *Nutritional Risk Screening* (NRS) per pazienti ricoverati in ospedale (v. appendice).

Lo scopo è determinare la presenza di malnutrizione ed il rischio di svilupparla in ambiente ospedaliero. Il NRS contiene i componenti nutrizionali del MUST e, in aggiunta, il grado di severità di malattia come responsabile delle maggiori richieste nutrizionali. Anche l'età viene inclusa come un fattore di rischio nell'anziano.

- *Initial Mini Nutritional Assessment* (MNA) nell'anziano (v. appendice)

Lo scopo del MNA è di identificare la malnutrizione e il rischio di svilupparla negli anziani ricoverati in strutture di riposo, in case di cura ed in ospedale.

Questo strumento è in grado di identificare il rischio di malnutrizione nella maggior parte degli anziani ed è ancora più utile per identificare la malnutrizione nel suo stadio iniziale. Include infatti anche aspetti fisici e mentali, che frequentemente riguardano lo stato nutrizionale dell'anziano, così come un questionario sull'alimentazione.

Per attuare tale test occorrono meno di 10 minuti per paziente e la sua utilità è stata dimostrata dall'impiego di questa metodica in un ampio numero di studi.

Sintesi

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

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

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



5. Terapia nutrizionale

Lo screening nutrizionale, assieme alla valutazione dello stato nutrizionale nei diversi ambiti (ospedale o Residenza Sanitaria Assistita - RSA) rappresenta la base su cui impostare e gestire l'intervento nutrizionale.

In relazione al grado di rischio nutrizionale riscontrato, è necessario differenziare il percorso terapeutico nutrizionale per:

- pazienti normo-nutriti o con grado di rischio minimo ai quali deve essere fornita una dieta che risponda ai fabbisogni nutrizionali e alla capacità di alimentarsi; settimanalmente va monitorato il peso e definito il nuovo grado di rischio;
- pazienti nutrizionalmente vulnerabili, con grado di rischio medio o elevato o con malnutrizione in atto per i quali è fondamentale un immediato supporto nutrizionale e la scelta di un percorso terapeutico nutrizionale personalizzato.

Settimanalmente, in aggiunta al controllo del peso, è necessario effettuare il monitoraggio degli introiti alimentari e definire il nuovo grado di rischio, soprattutto nei pazienti con degenza superiore alle due settimane.

Gli strumenti a disposizione per la terapia nutrizionale sono il Dietetico e l'eventuale ricorso ad un'integrazione con Nutrizione Artificiale (N. A.).

Qualora i normali alimenti non siano sufficienti a garantire un adeguato apporto nutrizionale, a causa di scarso appetito, scarsa collaborazione da parte del paziente o a causa di aumentati fabbisogni legati alla patologia, è necessario ricorrere all'integrazione nutrizionale con prodotti specifici per os, che forniscano un'ampia gamma di possibilità dietoterapiche.

La necessità di integrazione con la N.A. si configura laddove, per motivi legati alla patologia di base, risulti impossibile con la sola alimentazione per os garantire al paziente un introito calorico e di nutrienti sufficiente a coprire il suo fabbisogno.

In tutti i casi in cui l'apparato gastro-enterico sia integro, si deve dare la preferenza alla Nutrizione Enterale con l'impiego di miscele sterili e rispondenti ai fabbisogni, anche specifici, del paziente; qualora invece l'intestino non sia utilizzabile, si deve far ricorso alla Nutrizione Parenterale, per via periferica o centrale (v. in appendice scelta di tipo e via di somministrazione della N. A. e algoritmo dell'intervento nutrizionale).

E' infine necessario che l'identificazione di soggetti a rischio di malnutrizione sia seguita dalla segnalazione alla U.O. di Dietetica e Nutrizione clinica ⁽²⁾ che, a sua volta, predisporrà il tipo d'intervento nutrizionale. L'intervento deve iniziare all'atto dell'accettazione del paziente presso la struttura, per proseguire poi nell'arco di tutto il ricovero ed eventualmente, se necessario, anche successivamente alla dimissione.

Sintesi

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

Gli strumenti a disposizione per la terapia nutrizionale sono il Dietetico ospedaliero, integrazione nutrizionale con prodotti dietetici specifici (c.d. *integratori*) e la Nutrizione Artificiale (N. A.).



6. Ristorazione ospedaliera ed extra ospedaliera

Sistemi di ristorazione

Esistono diverse modalità di preparazione e di distribuzione dei pasti, ognuna delle quali richiede specifiche procedure al fine di ottenere una ristorazione ottimale; esse devono essere prescelte in base alle caratteristiche della struttura ospedaliera o extraospedaliera e alla tipologia di risorse a disposizione.

Vanno innanzitutto distinti un sistema che utilizza risorse dell'azienda ("insourcing"), sia a livello di personale che di strutture, un sistema che prevede l'appalto esterno sia per il personale che per gli approvvigionamenti ("outsourcing"), o un sistema misto (*Congresso ADI 1998*).

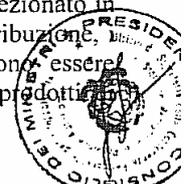
Inoltre, è necessario considerare che la preparazione dei pasti può avvenire in una cucina convenzionale, ubicata presso la struttura ospedaliera, oppure presso un centro di cottura esterno, solitamente gestito da grandi aziende di ristorazione collettiva, che mediante una rete distributiva trasportano i pasti alle varie strutture. Qualsiasi sia il sistema adottato, questo deve garantire la **corretta** applicazione del sistema HACCP.

Indipendentemente dal sistema prescelto, ogni attività effettuata deve essere prevista nel capitolato del servizio di ristorazione.

Nel capitolato vanno descritti tutti i parametri fondamentali (ambienti idonei, scelta di attrezzature e materie prime, formazione del personale, Dietetico, etc.) per la tutela della salute dei degenti e degli stessi addetti (*A Costa, C. Pedrolli 2003*).

La tecnica di preparazione può basarsi su:

- sistema "fresco-caldo": gli alimenti vengono cotti dalla cucina (centralizzata o in loco) e il cibo trasportato dalla cucina ai reparti, con carrello riscaldato e refrigerato. In tale situazione il trasporto deve essere effettuato in tempi brevi dopo la fine della cottura, per evitare un notevole scadimento delle qualità organolettiche e la possibilità, in caso di interruzioni prolungate **dei livelli prescritti di temperatura**, che si **possa verificare** una proliferazione batterica incontrollata. Il tempo intercorrente tra preparazione e somministrazione non deve comunque superare le 2 ore se il cibo è conservato in isoterma (*Venturini 2000*);
- sistema *cook and chill* il cibo, preparato in maniera convenzionale, viene sottoposto a raffreddamento rapido, con abbattitore, fino a 10°C al cuore del prodotto, entro 90 minuti circa. Dopo eventuale porzionamento (in locali a temperatura modificata di 12°C e con chiusura in carrelli *neutri*) viene stoccato e conservato sopra il punto di congelamento tra 0 e 3°C. Il prodotto può essere conservato per un massimo di 5 giorni (compreso il giorno della preparazione e abbattimento); viene quindi trasportato mediante automezzi refrigerati, a non più di 4°C, nel luogo del consumo ove, immediatamente prima del consumo, viene portato ad una temperatura di almeno 70°C (con rigenerazione a vapore, irradiazione, conduzione, induzione o microonde) e servito. Solitamente si utilizza uno specifico carrello refrigerante/riscaldante, che è in grado prima di mantenere una temperatura di 3°C e poi di portare l'alimento a 73°C circa. Data l'importanza di una corretta preparazione, conservazione, trasporto, distribuzione e rinvenimento **in reparto** al fine di mantenere le qualità organolettiche ed evitare **proliferazioni** batteriche, si sottolinea l'importanza delle attrezzature e della preparazione specifica del personale addetto (*Linee guida Irlandesi 2006*);
- sistema *cook and freeze*: il cibo, preparato in maniera convenzionale, viene subito sottoposto ad abbattimento della temperatura fino a -18°C in un tempo rapido (3 ore) e confezionato in idonei contenitori. Infine viene stoccato in congelatori a -20°C. Prima della distribuzione i prodotti vengono fatti rinvenire **in maniera corretta**. Le attrezzature debbono essere **adeguate e correttamente utilizzate** al fine di consentire la preparazione di prodotti di elevata qualità e l'adeguato scongelamento degli stessi;



- sistema *misto*: prevede la possibilità di utilizzare, per differenti preparazioni alimentari, differenti sistemi di produzione che ne ottimizzino il risultato sensoriale, nutrizionale ed igienico-sanitario. Questo sistema, se opportunamente studiato, può produrre grandi vantaggi in termini di flessibilità dell'offerta giornaliera del menù (che potrà così prevedere una scelta programmata di piatti, alcuni preparati in *fresco-caldo*, altri in *cook and chill* o in sottovuoto).

Capitolato

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

Il capitolato va redatto dal Servizio di Economato con la stretta collaborazione della Direzione Sanitaria ospedaliera o distrettuale (o SIAN) e della U.O. di Dietetica e Nutrizione clinica ⁽²⁾, in particolare in ambito ospedaliero. Tali settori **possono avvalersi anche del SIAN e/o del Servizio Veterinario** per le specifiche competenze.

Il capitolato deve riportare:

- criteri ispirati alla promozione della salute e ad esigenze sociali che contribuiscano alla tutela della salute dell'utente ed alla salvaguardia dell'ambiente,
- requisiti oggettivi e misurabili nell'ambito di principi definiti di qualità, economicità, efficacia, trasparenza e correttezza.

Il capitolato rappresenta un'occasione importante per definire requisiti e progettare azioni che, oltre a garantire la qualità igienico-nutrizionale degli alimenti, promuovano comportamenti alimentari corretti e perseguano obiettivi di tutela della salute collettiva e di salvaguardia dell'ambiente.

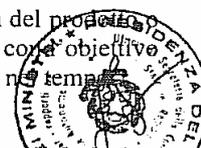
L'affidamento del servizio di ristorazione deve essere effettuato in conformità alle disposizioni di cui al D.L. 12 aprile 2006 n. 163 (c.d. Codice degli appalti) e successive modifiche.

Va precisato che nella formulazione del capitolato bisogna porre particolare attenzione, oltre alla corretta gestione del servizio, anche alla qualità dei prodotti. A parità di requisiti di qualità e di coerenza con modelli di promozione della salute, bisogna porre attenzione ad una sostenibile valorizzazione di prodotti rispettosi dell'ambiente e di altri valori di sistema, direttamente e indirettamente correlati con le politiche alimentari, quali agricoltura sostenibile, sicurezza del lavoratore, benessere animale, tradizioni locali e tipicità, coesione sociale e commercio equo-solidale. 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.

A tutela della qualità e della sicurezza igienico-sanitaria, il capitolato deve quindi prevedere (a prescindere dal sistema *insourcing* o *outsourcing* o *misto*) taluni **elementi**, tra i quali meritano particolare menzione:

- idoneità dei locali del centro cottura,
- figure professionali indispensabili,
- **piano di autocontrollo redatto secondo il sistema HACCP (in particolare si sottolinea la formazione del personale)**,
- possesso della certificazione serie ISO 9000 e certificazione ISO 22000,
- Dietetico ospedaliero,
- disciplinare merceologico (**schede prodotto**),
- costo **della giornata alimentare**, specificando il costo delle diverse voci che lo compongono (forniture alimentari, personale, trasporto, ristrutturazione e altri oneri a carico dell'appaltatore, spese accessorie).

La capacità dell'azienda di fornire ciò che il cliente si aspetta determina la qualità del **prodotto** del servizio. Un Sistema di Gestione della Qualità (SGQ) viene quindi approntato con **obiettivi** principale di soddisfare il cliente ed avere la capacità di migliorarsi continuamente nel tempo.



Nuove modalità di approvvigionamento materie prime

Esistono pregevoli esperienze inerenti l'introduzione di criteri ecologici e sociali nelle procedure di acquisto di beni e servizi da parte delle pubbliche amministrazioni. Un esempio sono gli acquisti pubblici verdi (*Green Public Procurement*), acquisti che perseguono obiettivi di sostenibilità ambientale con scelte di prodotti provenienti da agricoltura biologica o da lotta integrata, eco-certificati, o del commercio equo e solidale e che considerano, inoltre, nei processi, l'impatto dei mezzi di trasporto, la quantità e la tipologia degli imballaggi, la quantità e il tipo di smaltimento dei rifiuti.

Un altro esempio interessante che coniuga aspetti di sostenibilità ambientale, legame con il territorio e sostegno all'economia locale, è l'utilizzo di prodotti locali attraverso convenzioni con fornitori di zona, in un processo definito *filiera corta o chilometri zero* che, accorciando le distanze tra luogo di produzione e consumo, determina un minor utilizzo di sistemi di trasporto, imballaggio, energia, minor numero di passaggi, con evidenti effetti sull'ambiente. Scelte di questo tipo attivano processi di tipo partecipativo, percorsi di salvaguardia dell'ambiente e sostegno all'economia locale e inoltre determinano una maggiore responsabilità e controllo sociale con ricadute in termini di salute sulla collettività.

Sintesi

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

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

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

Esso va redatto dal Servizio di Economato, con la stretta collaborazione della Direzione Sanitaria ospedaliera, o distrettuale, e della U.O. di Dietetica e Nutrizione clinica, avvalendosi eventualmente anche del SIAN e/o del Servizio Veterinario per le specifiche competenze.

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

Parte integrante del capitolato è il Dietetico ospedaliero.



6.1 Organizzazione in ambito ospedaliero

L'organizzazione del Servizio di Ristorazione si avvale del Servizio Economato, della Direzione Sanitaria ospedaliera e della U.O. di Dietetica e Nutrizione clinica ⁽²⁾ **in collaborazione con gli operatori del servizio di ristorazione ed il personale dei reparti.**

Dietetico ospedaliero

Il Dietetico ospedaliero rappresenta un mezzo valido per pianificare ed ottimizzare l'intervento nutrizionale in ambito ospedaliero e consente di conciliare le esigenze terapeutiche con quelle tecnico-amministrative.

Il Dietetico deve contenere prescrizioni dietetiche elaborate considerando le patologie prevalenti e le esigenze nutrizionali dei ricoverati. Inoltre, deve essere di facile lettura e consultazione per consentire al personale di reparto di utilizzarlo presto e bene nell'interesse del paziente.

La raccolta delle diete deve essere accompagnata dalla composizione bromatologica dell'intero pasto. I menù devono essere settimanali, periodicamente aggiornati e variati anche in base alla stagionalità.

Le calorie totali giornaliere vanno ripartite tra colazione (20%), pranzo (40%) e cena (40%). Qualora, come auspicabile, siano previsti anche merende o spuntini sarà necessario modificare la suddetta ripartizione.

I singoli pasti devono prevedere un'equilibrata ripartizione tra i vari principi nutritivi rispettando le percentuali precedentemente espresse.

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

vitto comune: rappresentato da un insieme di menù fruibili in tutte le situazioni che non richiedono un trattamento dietetico particolare. Il menù deve:

- prevedere ricette standardizzate, a composizione bromatologia definita e ripetibili, che consentano il raggiungimento degli apporti nutrizionali idonei,
- essere articolato su almeno 15 giorni,
- prevedere l'alternanza stagionale e privilegiare i prodotti del territorio,
- rispettare le abitudini alimentari e gli orari dei pasti,
- tener conto delle tradizioni locali, in particolare di quelle relative ai giorni festivi o a ricorrenze nelle quali sia previsto il consumo di cibi particolari.

Giornalmente devono essere previste 2 alternative per ogni portata e un numero minimo di piatti fissi.

diete standard: schemi dietoterapeutici adatti a specifiche patologie con caratteristiche bromatologiche precodificate. Le diete standard devono essere codificate sulla scorta delle caratteristiche nutrizionali e non della patologia per la quale possono essere impiegate. Vengono allestite, quando possibile, con i piatti dell'alimentazione comune (menù del giorno e/o piatti fissi), opportunamente adattati e combinati a seconda dell'esigenza di modifica bromatologica. In questo modo si garantisce una maggiore accettazione della restrizione dietetica da parte del paziente, che si sente meno discriminato, e si consente, inoltre, una migliore organizzazione a livello di cucina.

È necessario che tutte le strutture ospedaliere predispongano un Prontuario dietoterapico (Dietetico) nel quale debbono almeno essere descritte le seguenti diete:

- **ipocalorica:** è indicata nei pazienti con malattie metaboliche (obesità, sovrappeso, diabete, dislipemie). Tale dieta è caratterizzata, oltre che dal contenuto calorico ridotto, da un limitato apporto di grassi, in particolare saturi, e di zuccheri semplici preferendo i glucidi a lento assorbimento;



- *iper calorica*: è indicata nei pazienti con fabbisogno energetico aumentato (es.: puerpere che allattano, giovani con frattura ossa lunghe, politraumatizzati, ustionati). Tale dieta deve prevedere anche spuntini da consumare oltre l'orario di distribuzione dei pasti;
- *priva di glutine*: è indicata per i pazienti affetti da morbo celiaco; tale dieta prevede l'uso di alimenti senza glutine. Le fasi di preparazione e di cottura del cibo devono seguire procedure specifiche, atte ad evitare contaminazioni anche con sole tracce di glutine;
- *ipoproteica*: è indicata per i pazienti affetti da insufficienza renale cronica e nelle fasi di scompenso acuto delle epatopatie con encefalopatia porto-sistemica. In assenza di controindicazioni deve essere, possibilmente, discretamente iper calorica al fine di permettere un utilizzo ottimale della ridotta quota proteica; nell'insufficienza renale cronica deve essere anche con ridotto apporto in fosforo;
- *a ridotto apporto di fibre e di lattosio*: è indicata in alcuni casi di diarrea acuta, di riacutizzazione di diverticolite intestinale, nella preparazione di alcune indagini diagnostiche sull'apparato digerente, nella fase di preparazione alla chirurgia colica. Tale dieta può risultare carente in vitamine e minerali e pertanto va utilizzata solo per brevi periodi;
- *per disfagia*: è indicata nei pazienti con deficit della masticazione (es. anziani, anoressici) e in pazienti che presentano problemi meccanici o funzionali di deglutizione. Per tali pazienti è necessario prevedere una progressione di cibi basata sulla capacità masticatoria e deglutitoria. La scelta degli alimenti, dipendente dal tipo e dal grado di disfagia, deve essere guidata principalmente dai seguenti criteri:
 - sicurezza del paziente, limitando il rischio di aspirazione (passaggio di cibo nelle vie aeree) attraverso la scelta di alimenti con idonee proprietà fisiche (densità, omogeneità, viscosità),
 - fabbisogno alimentare del paziente, con riferimento all'apporto calorico e di liquidi, alle eventuali esigenze dietetiche e alle sue preferenze alimentari,
 - ad alta densità nutrizionale, indicata per pazienti inappetenti che non presentano difficoltà di masticazione e di deglutizione: i pasti sono di volume ridotto, ad alta densità di nutrienti, frazionati durante la giornata con l'aggiunta di spuntini tra i pasti principali;
- *di rialimentazione*: è indicata dopo digiuno prolungato (es. interventi chirurgici, sospensione dell'alimentazione per patologie gastro-enteriche, ecc.). Devono essere previsti almeno 3 livelli con quote caloriche e proteiche gradualmente aumentate. Nei livelli 1 e 2 è utile che le proteine del pasto siano rappresentate prevalentemente da alimenti di origine animale, per il loro maggiore valore biologico. L'apporto di lattosio deve essere inizialmente ridotto;

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

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

6.2 Ruoli e responsabilità in ambito ospedaliero

Nella complessa organizzazione della ristorazione ospedaliera ogni attore coinvolto riveste un ruolo con specificità e responsabilità relative alla propria funzione.

Il servizio di ristorazione si avvale dell'U.O. Dietetica e Nutrizione clinica ⁽²⁾, dell'Economato, della Direzione Sanitaria ospedaliera, del Gestore del Servizio di Ristorazione. Deve inoltre garantire la sorveglianza sulla sicurezza dei lavoratori, attraverso il Servizio di Prevenzione e Prevenzione, secondo la normativa vigente.



La tabella sottostante illustra le specifiche competenze delle parti coinvolte nella gestione della ristorazione ospedaliera.

U. O. Dietetica e Nutrizione clinica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ valutazione del rischio nutrizionale ▪ 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 ▪ partecipazione alla stesura del capitolato ▪ elaborazione del Dietetico ospedaliero ▪ elaborazione di menù ▪ attenzione alla qualità tramite controlli diretti a campione sulle forniture e sul vitto ▪ collaborazione con la Direzione Sanitaria ospedaliera nella sorveglianza igienica sugli alimenti ▪ attenzione alla qualità percepita tramite l'utilizzo di questionari e di interviste ai pazienti
Economato	<ul style="list-style-type: none"> ▪ stesura del capitolato ▪ recepimento dei verbali di non conformità inoltrati dalla U.O. di Dietetica e Nutrizione clinica ▪ invio delle penali alle ditte appaltanti per le non conformità rilevate
Direzione Sanitaria ospedaliera	<ul style="list-style-type: none"> ▪ sorveglianza igienica sugli alimenti ▪ sorveglianza igienica sui locali

Sintesi

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

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

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

Il servizio di ristorazione in ambito ospedaliero si avvale dell' U.O. di Dietetica e Nutrizione clinica⁽²⁾ dell'Economato, della Direzione Sanitaria; le specifiche competenze sono elencate in tabella.



6.3 Organizzazione in ambito extraospedaliero

Le politiche assistenziali rivolte agli anziani a livello di Unione Europea sono caratterizzate dalla rilevanza attribuita al criterio della domiciliarità sia per l'aumento esponenziale della popolazione anziana che per la necessità di tenere sotto controllo la spesa pubblica. All'interno di detto contesto, alcune Regioni hanno condiviso tale orientamento, ponendo l'accento sulla domiciliarità e sul ruolo della famiglia.

Tenuto conto che i bisogni dell'anziano sono diversi e complessi, a livello nazionale si intende attualmente sviluppare un sistema organico di servizi a favore della persona.

L'idea che guida la rete dei servizi è di utilizzare strumenti idonei alla valutazione della situazione generale della persona interessata e della sua famiglia, in termini fisici, psichici, relazionali ed economici e, di conseguenza, attivare uno o più servizi tra le soluzioni possibili.

Il sistema dei servizi socio-assistenziali per gli anziani comprende:

Residenze sanitarie assistenziali e case per anziani autosufficienti e non autosufficienti.

Quando la permanenza al proprio domicilio non è più possibile e la famiglia non è più in grado di fornire l'assistenza che l'anziano richiede, vi è la necessità di ricorrere ai servizi residenziali. Tra questi ultimi si distinguono le strutture per autosufficienti che offrono occasioni di vita comunitaria e attività ricreative organizzate.

Vi sono, poi, le strutture per anziani non autosufficienti ove le persone anziane in condizioni d'accertata non autosufficienza, fisica o psichica, possono usufruire di un servizio qualificato d'assistenza e di tutte le cure sanitarie necessarie: mediche, infermieristiche, riabilitative.

I destinatari sono le persone ultra sessantacinquenni con diversi gradi di disabilità, per le quali non è possibile la permanenza nel proprio ambito familiare e sociale.

Assistenza domiciliare e assistenza domiciliare integrata

E' il tipo di assistenza preferita dall'anziano, in quanto all'interno dell'ambiente fisico, sociale ed emozionale in cui è vissuto, egli riesce a mantenere il rapporto con i propri spazi vitali e la propria memoria.

E' un servizio rivolto a persone, non esclusivamente anziane, che hanno bisogno d'aiuto nella propria casa per la cura o l'igiene della persona e/o per lo svolgimento delle normali attività quotidiane.

Il servizio d'assistenza domiciliare integrata offre la possibilità di usufruire unitamente all'assistenza domiciliare, anche delle cure mediche, infermieristiche e/o riabilitative necessarie, al proprio domicilio. L'assistito può così essere adeguatamente curato a casa evitando i disagi e i costi di un ricovero ospedaliero.

Centro diurno socio-sanitario

E' un servizio d'accoglienza a carattere diurno, con finalità di natura prevalentemente assistenziale e riabilitativa che permette alla persona anziana, anche in condizione di rilevante gravità, di rimanere nel proprio ambiente familiare e sociale e trovare le cure necessarie anche dopo le dimissioni dall'ospedale, alleviando le famiglie dal carico assistenziale.

Il centro diurno svolge principalmente attività di tipo:

- sanitario: prevenzione, terapia e riabilitazione,
- assistenziale: cura della persona e promozione dell'autonomia personale,
- sociale: animazione, terapia occupazionale e socializzazione.

Comunità alloggio per anziani

E' un servizio socio-assistenziale di tipo residenziale, di ridotte dimensioni, funzionalmente collegato ad altri servizi o strutture per anziani. L'obiettivo è quello di cercare una vita comunitaria parzialmente autogestita con l'appoggio dei servizi territoriali.



6.4 Ruoli e responsabilità in ambito extraospedaliero

La progettazione del Servizio di Ristorazione extraospedaliera deve essere necessariamente multidisciplinare e coinvolgere figure professionali appartenenti a S.I.A.N., Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), Servizio Economato, Personale Medico, Operatori Sanitari e U.O. di Dietetica e Nutrizione clinica.⁽²⁾

Nella tabella sottostante vengono illustrate le principali specifiche competenze delle parti coinvolte nella complessa gestione della ristorazione nelle strutture assistenziali.

	<i>ambito igienico sanitario</i>
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ registrazione delle strutture come previsto dalle Normative vigenti ▪ controllo igienico sanitario e verifica dell'applicazione del piano di autocontrollo (HACCP) ▪ campionamento di alimenti e bevande ai fini del controllo ufficiale ▪ informazione ed educazione in materia di sicurezza alimentare
S.I.A.N.	<i>ambito igienico nutrizionale</i>
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ valutazione e approvazione del Dietetico e della formulazione dei menù elaborati secondo le Linee Guida per una sana alimentazione e L.A.R.N. ▪ verifica, controllo ed eventuale predisposizione delle tabelle dietetiche, indagini sulla qualità nutrizionale dei pasti forniti e consulenza dietetico nutrizionale per l'elaborazione del Dietetico e per elaborazione e controllo delle diete speciali ▪ consulenza sui capitolati per i servizi di ristorazione sia in fase di elaborazione che di aggiudicazione ▪ informazione ed educazione in tema nutrizionale per il personale delle strutture di ristorazione pubbliche e formazione del personale stesso
Servizi Economato	<ul style="list-style-type: none"> ▪ stesura dei capitolati d'appalto per il servizio di ristorazione in collaborazione con i SIAN ▪ recepimento dei verbali di non conformità inoltrati dagli operatori e invio delle eventuali penali
Personale Medico	<p>nelle strutture con maggior numero di ospiti sono presenti coordinatore e medici di Medicina generale o interni alla struttura</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ consulenza geriatrica ▪ valutazione degli ospiti in fase di inserimento nella struttura ▪ valutazione della malnutrizione e impostazione dell'intervento dietoterapico da attuare a seguito di consulenza del medico specialista in scienza dell'alimentazione ▪ impostazione dell'intervento nutrizionale di tipo educativo da attuare a seguito di consulenza del medico specialista in scienza dell'alimentazione
Operatori Sanitari	<ul style="list-style-type: none"> ▪ infermieri: rilevazione e monitoraggio dei parametri antropometrici di base ▪ operatori socio-sanitari (OSS): partecipazione e controllo nella fase di distribuzione e porzionamento dei pasti e rilevazione degli scarti con valutazione mediante questionari del gradimento del pasto ▪ logopedista: screening disfagia e training deglutitorio ▪ fisioterapista: riabilitazione finalizzata al contrasto dell'obesità, della sarcopenia, della disabilità in generale ▪ dietista: screening del rischio di malnutrizione, valutazione dello stato nutrizionale, elaborazione delle diete, educazione nutrizionale



Per la popolazione che non richiede un trattamento dietetico particolare si fa riferimento a quanto già indicato per il *vitto comune* nel dietetico ospedaliero.

In ambito territoriale la U.O. di Dietetica e Nutrizione clinica (2) può collaborare con il SIAN e l'ADI per:

- l'elaborazione del Dietetico,
- la formazione del personale su tematiche inerenti la dietoterapia e la malnutrizione, al fine di ritardare il più possibile il ricorso alla nutrizione artificiale,
- la Nutrizione Artificiale, anche in fase elaborazione ed aggiudicazione del capitolato di appalto,
- la prescrizione di piani individuali di N.A. e monitoraggio dei pazienti in N.A. domiciliare,
- **progetti** di studio e di ricerca sugli aspetti nutrizionali che coinvolgono l'ambito extraospedaliero ed assistenziale.

Sintesi

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

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

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

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

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

Nelle strutture assistenziali extraospedaliere gli attori coinvolti sono: i S.I.A.N., l'ADI, i Servizi Economato, il Personale Medico e Parasitario, la U.O. di Dietetica e Nutrizione clinica (2) con i compiti specifici riportati nella tabella.



7. Fabbisogni nutrizionali

Fabbisogno calorico

Al momento i fabbisogni nutrizionali specifici delle persone ricoverate in strutture ospedaliere o territoriali che fruiscono di vitto comune non presentano chiari caratteri di specificità.

Considerando che l'alimentazione fornita dalle strutture ospedaliere o territoriali deve comunque assicurare un corretto apporto di nutrienti, in grado di soddisfare le esigenze nutrizionali, sono stati utilizzati come riferimento i Livelli di Assunzione Raccomandati di Energia e Nutrienti per la popolazione italiana (L.A.R.N.) della Società Italiana di Nutrizione Umana, revisione 1996, e le *Linee Guida per una sana alimentazione italiana* dell'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (I.N.R.A.N.), revisione 2003. Tali documenti costituiscono il riferimento nazionale per una sana ed equilibrata alimentazione.

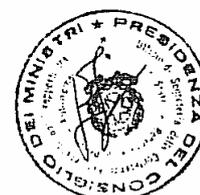
Il calcolo del dispendio energetico può essere effettuato utilizzando le formule dei L.A.R.N. o in alternativa quelle di Harris-Benedict:

Calcolo del metabolismo basale (MB)			
	Età (anni)	Maschi	Donne
L.A.R.N.	18-29	$15.3 \times PC + 679$	$14.7 \times PC + 496$
	30-59	$11.6 \times PC + 879$	$8.7 \times PC + 829$
	60-74	$11.9 \times PC + 700$	$9.2 \times PC + 688$
	≥ 75	$8.4 \times PC + 819$	$9.8 \times PC + 624$
Harris-Benedict		$66,5 + 13,75 \times PC + 5 \times H - 6,75 \times E$	$665,1 + 9,56 \times PC + 1,85 \times H - 4,676 \times E$

PC = peso corporeo attuale in kg ; H = statura in cm; E = età in anni

Il valore ottenuto sulla base dei descritti parametri va moltiplicato per il Livello di Attività Fisica (LAF) e per il fattore correttivo di malattia (FM) a cui corrisponde la situazione del soggetto in esame, come di seguito riportato:

Fattori correttivi per la stima del dispendio energetico			
	LAF		FM
Soggetto seduto	1.08	neoplasia	1.3 - 1.5
Soggetto deambulante	1.37	patologie neurologiche stabilizzate con ipomobilità o plegia e riduzione della massa magra	0.65 - 0.7
Soggetto deambulante	1.37	patologie neurologiche recenti e/o con mantenimento della massa magra	1.1



Se il paziente è malnutrito, andrà aggiunto un surplus energetico per l'anabolismo non indicabile in modo univoco: iniziare la *remutrizione* gradualmente, raggiungendo un livello energetico corrispondente al MB x 1.7, valutando quindi con follow-up ravvicinati l'evoluzione del peso corporeo e dello stato di nutrizione.

Mediamente i pazienti necessitano di apporti calorici giornalieri compresi tra 20 e 35 kcal per kg di peso corporeo; apporti analoghi sono stimati corretti anche per gli anziani.

La ripartizione delle calorie non proteiche è: 60% glucidi e 40% lipidi.

Fabbisogni in gravidanza

Durante la gravidanza le donne hanno un maggiore fabbisogno in nutrienti per sostenere la crescita e lo sviluppo del feto, la formazione della placenta e dei tessuti riproduttivi.

L'aumento di peso raccomandato e la quantità di energia addizionale necessaria sono diversi per ogni donna e dipendono dalla composizione corporea prima della gravidanza.

In appendice sono riportate le tabelle relative all'incremento ponderale, al fabbisogno energetico e nutritivo delle donne in gravidanza.

Fabbisogno proteico

In mancanza di indicazioni per patologie specifiche, possono essere adottate quelle relative alla popolazione di riferimento: 0.8 – 1 g/Kg/die. Nel paziente neoplastico si propone un fabbisogno di 1.2 – 1.3 g/kg/die (rapporto calorie/N = 100 - 120/1); nel paziente in cui è indicata la renutrizione, l'apporto proteico va incrementato approssimativamente fino a 1.7 – 1.8 g/kg/die, monitorando efficacia e funzione renale; in presenza di insufficienza d'organo (alterata funzione renale ed epatica) l'apporto proteico andrà modificato in modo adeguato.

Fabbisogno idrico

In assenza di perdite patologiche, è di 30 - 35 ml/kg/die. Nell'anziano il fabbisogno idrico in condizioni fisiologiche è stimato intorno ai 25 – 30 ml/kg/die; il fabbisogno idrico va rivalutato in presenza di perdite patologiche o di eventi ambientali che possano variarlo o in base a situazioni cliniche particolari.

Fabbisogno in micronutrienti

Va calcolato secondo i valori indicati dai L.A.R.N.. In particolare, si raccomanda attenzione allo stato nutrizionale di minerali e vitamine in caso di:

- iniziale grave malnutrizione,
- presumibile incremento delle richieste per patologie o perdite patologiche,
- necessità di somministrazione di un ridotto apporto energetico, che, di conseguenza, può non soddisfare il fabbisogno di micronutrienti espresso dai L.A.R.N.,
- popolazione anziana.

Sintesi

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

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

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

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



8. Aspetti qualitativi

La qualità dietetico-nutrizionale del sistema di ristorazione ospedaliera e assistenziale

Le dieci caratteristiche chiave per una buona "cura" nutrizionale negli ospedali, enunciate dal Council of Europe Alliance, rappresentano una pietra miliare sulla strada della Qualità Nutrizionale tracciata dalla Resolution ResAP (2003). Di fatto, nell'ambito delle molteplici raccomandazioni formulate dalla Resolution sono esplicitati i principi basilari per il raggiungimento e la gestione della Qualità Totale (QT); un concetto quest'ultimo che prevede, per il conseguimento della *mission* aziendale, il coinvolgimento e la mobilitazione di tutto il sistema operativo. Una gestione della qualità totale, in ambito ospedaliero, ha quale obiettivo la salute e di conseguenza anche quello di garantire uno stato di nutrizione ottimale del paziente. In questa ottica è quindi fondamentale che, assieme alla U.O. di Dietetica e Nutrizione clinica ⁽²⁾ l'intero sistema ospedaliero sia coinvolto nella gestione di quei fattori che riguardano sia la ristorazione ospedaliera che, sinergicamente, le attività inerenti la nutrizione clinica. Pertanto:

- l'organizzazione deve essere orientata alle necessità ed alle aspettative dietetico-nutrizionali di ciascun degente,
- l'approccio deve essere basato su processi, specificatamente pianificati per il servizio di ristorazione ospedaliera e per l'attività clinico-nutrizionale,
- tali processi vanno condivisi: tutto il personale sanitario e parasanitario deve essere coinvolto nella comprensione e gestione delle procedure dietetico-nutrizionali,
- le decisioni devono basarsi su dati di fatto e, cioè, sulla Evidence Based Medicine (EBM) e sui dati ricavati dall'analisi di specifici indicatori, questi ultimi correlati a processi precedentemente codificati ed attuati.

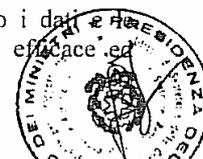
Sullo sfondo delle normative vigenti in materia igienico-sanitaria e di sicurezza alimentare è quindi necessario definire i processi caratterizzanti la qualità e gli indicatori atti a verificare il rispetto della salubrità e sicurezza alimentare.

Tra i processi che un sistema di ristorazione di qualità dovrebbe attuare, meritano menzione:

- l'approvvigionamento: scelta di una elevata categoria merceologica delle derrate alimentari e di materiali di consumo di buona qualità,
- la gestione delle attrezzature e la definizione dei metodi di lavoro: adozione di attrezzature ad avanzata tecnologia per la lavorazione, lavaggio, conservazione e cottura degli alimenti; allestimento (es.: su nastro trasportatore) del vassoio personalizzato a termoregolazione controllata; previsione di un sistema di prenotazione del vitto al letto del malato (es.: palmari); eventuale connessione in rete (intranet wired/wireless) tra centro cottura, caposala dei vari reparti e la U.O. di Dietetica e Nutrizione clinica⁽²⁾, tale da consentire l'immediata visione del menù prescelto e/o della dieta prescritta da/per ciascun degente,
- il trasporto e la distribuzione: breve distanza del centro di cottura dall'ospedale o dai reparti, fondamentale qualora si adotti un sistema fresco-caldo o convenzionale; definizione dei tempi di trasporto/distribuzione del vitto; orario del pasto, che deve avvicinarsi alla quotidianità del paziente.

La predisposizione e l'attuazione della sorveglianza igienico-sanitaria consente di valutare e stabilire se il sistema di gestione ed erogazione del servizio di ristorazione ha effettivo controllo sull'intero processo in ogni sua fase, dall'approvvigionamento delle materie prime fino alla distribuzione dei pasti e alla successiva valutazione della qualità percepita dal degente.

A tale scopo è necessario effettuare una serie di interventi di verifica (controlli, riscontri interni e/o esterni, analisi chimiche e microbiologiche, ecc.) i cui risultati costituiscono i dati e le informazioni di riferimento per comprendere se il sistema adottato è realmente efficace ed affidabile.



La U.O. di Dietetica e Nutrizione clinica⁽²⁾ ha il compito di svolgere e monitorare, in collaborazione con la Direzione Sanitaria ospedaliera, detta attività di sorveglianza.

Per il suo svolgimento è necessario avvalersi di specifici indicatori di qualità:

- *indicatori di percorso/processo*: es. applicazione e verifica del sistema HACCP, controllo delle temperature, dei programmi di sanificazione degli ambienti e delle attrezzature, delle grammature, etc. Essi permettono di verificare se e in quale misura le attività programmate sono state effettivamente realizzate.
- *indicatori di attività o di output*: es. atteggiamento verso gli utenti da parte del personale che effettua la distribuzione; rispetto degli orari di distribuzione pianificati; giudizio sulla tempistica e sulla organizzazione della distribuzione; presenza di carrelli termici portavassoi; disponibilità ed idoneità di stoviglie, utensili e vassoi personalizzati; tamponi ambientali, etc. Tali indicatori permettono di verificare se e in quale misura le attività programmate hanno prodotto i risultati attesi.
- *indicatori di esito o outcome*: es. rapporto tra pasti distribuiti a temperatura di somministrazione corretta e totale pasti, pasti con grammature corrette/totale dei pasti, contenuti bromatologici dei pasti serviti e loro confronto con i livelli teorici; totale pietanze non consumate/totali pietanze erogate; verifica dei tempi di trasporto e stazionamento del vitto rispetto alla tempistica prevista; personale formato/numero complessivo di personale impiegato; n° di pietanze gradite/n° totale di pietanze erogate, etc. Tali indicatori permettono di verificare se e in quale misura l'insieme dei risultati ottenuti abbiano prodotto il raggiungimento degli obiettivi.

Ai fini della QT nutrizionale, parallelamente ai requisiti della salubrità, risulta di estrema importanza la definizione di taluni processi clinico-nutrizionali:

- il rischio nutrizionale di tutti i pazienti deve essere valutato al momento del ricovero e monitorato periodicamente (NRS 2002, MUST, MNA),
- le cartelle cliniche ed infermieristiche devono contenere informazioni circa lo stato di nutrizione di ogni degente,
- una volta identificati, i pazienti a rischio nutrizionale devono essere sottoposti ad un piano di trattamento dietetico-nutrizionale e alla valutazione della risposta,
- la dieta va considerata come elemento integrante della terapia,
- il tipo di dieta prescritta, l'effettivo apporto di cibo (anamnesi alimentare, valutazione degli scarti), così come i supporti nutrizionali (N.A.), devono essere registrati in apposite cartelle clinico-nutrizionali,
- il ricorso al regime *nulla per bocca* va limitato alle specifiche necessità,
- medici, infermieri e farmacisti dei vari reparti e servizi, assieme allo staff dell'U.O. di Dietetica e Nutrizione clinica⁽²⁾ devono lavorare in un'ottica interdisciplinare per fornire la cura nutrizionale.

Al fine di monitorare i processi inerenti la nutrizione clinica, è necessario pianificare e svolgere una costante attività di sorveglianza nutrizionale, che si deve avvalere dei seguenti indicatori clinico-nutrizionali:

- compilazione della cartella nutrizionale: consente di verificare l'effettiva registrazione dei parametri previsti dagli screening per il monitoraggio dei soggetti a rischio di malnutrizione (peso, statura, BMI, eventuale calo ponderale negli ultimi 3 mesi, eventuale riduzione degli apporti alimentari negli ultimi 7 giorni, etc); descrizione delle motivazioni per cui il vitto è stato rifiutato (es: inappetenza, disfagia, scarso gradimento);
- tempestiva segnalazione dei degenti a rischio di malnutrizione: collaborazione e sinergia tra U.O. di Dietetica e Nutrizione clinica⁽²⁾ e farmacisti, medici, infermieri dei vari reparti;
- valutazione della risposta al piano di trattamento;



- valutazione del numero di pazienti sottoposti a terapia dietetico-nutrizionale con migliorate condizioni di salute sul totale di pazienti trattati;
- customer satisfaction, sensibilità del personale sanitario verso le problematiche nutrizionali degli utenti, etc.

E' evidente che la sorveglianza igienico-sanitaria e quella nutrizionale rappresentano due aspetti sinergici del medesimo sistema di gestione dietetico-nutrizionale, finalizzato a una buona assistenza nutrizionale; infatti, talune decisioni (dietoterapia, supplementazioni, N.A.) sono dettate dai risultati dei diversi processi clinico-nutrizionali (es. esito dello screening per la valutazione del rischio di malnutrizione), ma anche dalle evidenze fornite sia dagli indicatori clinico-nutrizionali che dagli indicatori di qualità del sistema di ristorazione ospedaliera ed assistenziale. Ad esempio, l'inappetenza o un basso gradimento del vitto, con conseguente rifiuto di pietanze, è presupposto di inevitabili carenze nutrizionali che certamente incidono sul determinismo della malnutrizione ospedaliera.

Infine, è importante evidenziare come la Direzione aziendale debba dare la dovuta attenzione alle attività clinico-nutrizionali ed agli aspetti qualitativi del sistema di ristorazione ospedaliera. Come raccomandato dal Council of Europe, i manager devono analizzare il potenziale costo delle complicanze e della prolungata degenza dovuti alla malnutrizione ospedaliera (Kondrup J. et al. 2004).

8.1 Carta del Servizio

La Carta del Servizio è il "biglietto da visita" della struttura, va stilata e aggiornata periodicamente dalle Direzioni Sanitaria e Amministrativa ospedaliere (o Servizio Economato) e U.O. Dietetica e Nutrizione clinica ⁽²⁾ ovvero, in ambito assistenziale, da SIAN e Servizio Economato, avvalendosi di eventuali consulenze del settore ospedaliero.

In altri termini, con la Carta la struttura si presenta (modalità e orari di accesso, descrizione e ubicazione dei reparti, standard di qualità stabiliti, ecc.) e si impegna con l'utente a raggiungere il livello massimo di qualità realizzabile con le risorse finanziarie, tecnologiche e umane di cui dispone.

In particolare, la Carta del Servizio deve contenere almeno:

- orari dei pasti dei degenti/fruitori della struttura assistenziale,
- menù settimanale (negli ospedali per acuti) o bisettimanale (nelle strutture per lungodegenti), "speciali" per i giorni festivi e/o nei quali la tradizione locale preveda il consumo di cibi particolari, con la descrizione degli alimenti,
- modalità di produzione dei pasti,
- modalità e tempi di prenotazione e distribuzione dei pasti,
- standard di qualità e loro modalità di verifica,
- ubicazione dei luoghi dedicati e adeguatamente attrezzati al consumo dei pasti per utenti non immobilizzati a letto, al fine di favorire la convivialità,
- presenza nella struttura di associazioni di volontariato e loro impegno,
- indicazione delle figure (professionali/familiari/volontariato) e relative modalità di attivazione, che aiutano l'utente non in grado di alimentarsi autonomamente,
- orari di visita degli esterni (familiari, ecc.),
- eventuale presenza della mensa per i dipendenti e i visitatori con orari, modalità di prenotazione e accesso, menù e relativi costi,
- eventuale presenza di distributori automatici di alimenti (scelta "guidata" degli alimenti).

La Carta va consegnata all'utente all'atto dell'ammissione nella struttura, in formato cartaceo di rapida consultazione; si può prevedere, inoltre, la consultazione on-line sul sito della struttura.



Soddisfazione del cliente

La misurazione della qualità dei servizi risulta una funzione fondamentale poiché consente di verificare il livello di efficienza ed efficacia di un servizio, così come percepito dagli utenti nell'ottica di miglioramento della performance.

Si consiglia una valutazione periodica della soddisfazione del cliente stabilendo obiettivi, strumenti, attori e modalità di indagine.

Sintesi

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

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

Un ruolo essenziale ha in questo settore l'U.O. di Dietetica e Nutrizione clinica ⁽²⁾ che tramite i processi relativi alla ristorazione e la pratica clinico-nutrizionale può pianificare e svolgere una intensa sorveglianza nutrizionale, essenziale per il raggiungimento della qualità totale.

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

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

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

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

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



9. Formazione

Affinché un programma di miglioramento della ristorazione possa avere successo è indispensabile prevedere un programma di formazione esteso a tutto il personale coinvolto nel servizio.

Programma di formazione

E' opportuno promuovere la conoscenza dei contenuti delle presenti Linee di indirizzo e quindi la programmazione di eventi formativi coerenti con gli obiettivi di miglioramento e con le necessità di innovazione.

La formazione deve:

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

Fruitori della formazione

La formazione deve rivolgersi a tutte le componenti coinvolte nel processo di erogazione dei pasti in ospedale o in strutture assistenziali, focalizzando maggiormente l'attenzione sulle attività che risultano essere più critiche.

Si tratta degli operatori:

- impegnati nelle diverse fasi della preparazione dei pasti, se a gestione diretta, con lo scopo di fare acquisire le conoscenze necessarie al fine di adottare corretti comportamenti in grado di garantire la sicurezza alimentare e nutrizionale,
- appartenenti a ditte esterne, addetti alle prenotazioni e/o distribuzione pasti, al fine di individuare le più idonee modalità per garantire, attraverso una comunicazione efficace, la corretta qualità del servizio erogato,
- addetti ai servizi economici e logistici, al fine di sviluppare competenze nella stesura dei capitolati per l'acquisizione di beni/servizi,
- appartenenti ai reparti di degenza (coordinatori infermieristici e figure infermieristico assistenziali),
- ove presente, personale dei servizi dietetici e clinici, con lo scopo di fare acquisire e sviluppare adeguate conoscenze sugli alimenti e sui principi nutrizionali (materie prime, preparazione, combinazioni, compatibilità con le diverse patologie, ecc.).

Modalità didattiche

Il percorso formativo viene realizzato con modalità didattiche differenziate e finalizzate all'efficacia degli apprendimenti, che possono prevedere:

- formazione in aula utile per implementare conoscenze tecnico-scientifiche,
- formazione sul campo e di gruppo: efficace per sostenere processi di cambiamento organizzativo e gestionale e per favorire l'integrazione, basata sul confronto delle esperienze ed il coinvolgimento dei partecipanti.



Sintesi

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



10. Strategie di comunicazione

Al fine di coinvolgere attivamente operatori, pazienti e loro familiari, è necessario identificare le modalità più efficaci per una corretta comunicazione delle conoscenze. Le diverse fasi della comunicazione possono essere così definite:

- identificazione dei gruppi sociali e/o professionali coinvolti,
- definizione del livello culturale "di base" per ciascun gruppo e delle conoscenze da acquisire,
- definizione delle modalità di trasferimento delle conoscenze (tipologia di linguaggio da adottare, forma di comunicazione, scritta o verbale, modalità di diffusione all'interno dei gruppi, etc.) basata sul livello culturale di ciascun gruppo,
- modalità di diffusione dell'informazione in maniera omogenea su tutto il territorio nazionale.

Identificazione dei gruppi sociali e/o professionali coinvolti e definizione delle conoscenze necessarie per ciascun gruppo.

La trasmissione delle conoscenze deve consentire, a ciascun gruppo coinvolto, di divenire parte attiva nel processo di trasformazione delle modalità di ristorazione ospedaliera e assistenziale e, successivamente, di garantire il mantenimento del livello raggiunto e di promuoverne miglioramenti. Ciascun soggetto di ogni gruppo deve, inoltre, essere in grado di partecipare alla catena della comunicazione: genitori/figli, medico/paziente, etc. I soggetti coinvolti appartengono sostanzialmente ai seguenti gruppi:

- popolazione generale: acquisire i concetti base di nutrizione; essere consapevoli che una corretta nutrizione, in caso di ricovero ospedaliero, in casa di cura o in struttura assistenziale, è fondamentale ai fini del recupero o del mantenimento dello stato di salute; essere edotti del fatto che tutti gli assistiti hanno diritto al soddisfacimento dei loro bisogni nutrizionali; in particolare per gli anziani (età > 65 anni), conoscere la pericolosità dello stato di malnutrizione in età avanzata e le sue potenziali conseguenze sullo stato di salute,
- ricoverati in ospedale/residenze assistenziali e loro familiari: conoscere le modalità di ristorazione della struttura nella quale si trovano (orari, possibilità di prenotazione e scelta, etc.) e l'eventuale terapia dietetica prescritta,
- personale dedicato all'assistenza sanitaria: essere consci in particolare del fatto che:
 - tutti i pazienti hanno diritto al soddisfacimento dei loro bisogni nutrizionali,
 - i bisogni nutrizionali vengono soddisfatti solamente se il paziente consuma i pasti serviti, che devono quindi appagare anche le esigenze organolettiche,
 - ogni paziente deve essere valutato con apposito screening nutrizionale,
 - la malnutrizione dei pazienti ospedalizzati è un aspetto rilevante del processo di diagnosi e cura,
 - la malattia è, in generale, associata alla riduzione di appetito e alla perdita di peso,
 - la malnutrizione interferisce con il recupero, accrescendo i tempi di degenza e i costi dell'assistenza sanitaria; il trattamento nutrizionale dei soggetti malnutriti, al contrario, riduce le complicanze e i tempi di degenza,
 - nei pazienti ospedalizzati e negli anziani in residenze assistenziali la prevalenza della malnutrizione è elevata e generalmente aumenta con la durata del ricovero,
 - la malnutrizione è raramente riconosciuta e trattata,
- responsabili sanitari:
 - sapere che un'adeguata ristorazione è il mezzo più economico e privo di complicanze per prevenire la malnutrizione in corso di ospedalizzazione e per fornire una corretta terapia dietetica in cui la dieta è parte della cura,
 - riconoscere che è fondamentale che i pazienti possano scegliere i pasti e che i menù presentino scelte sufficienti per soddisfare i gusti, le abitudini e le necessità terapeutiche,

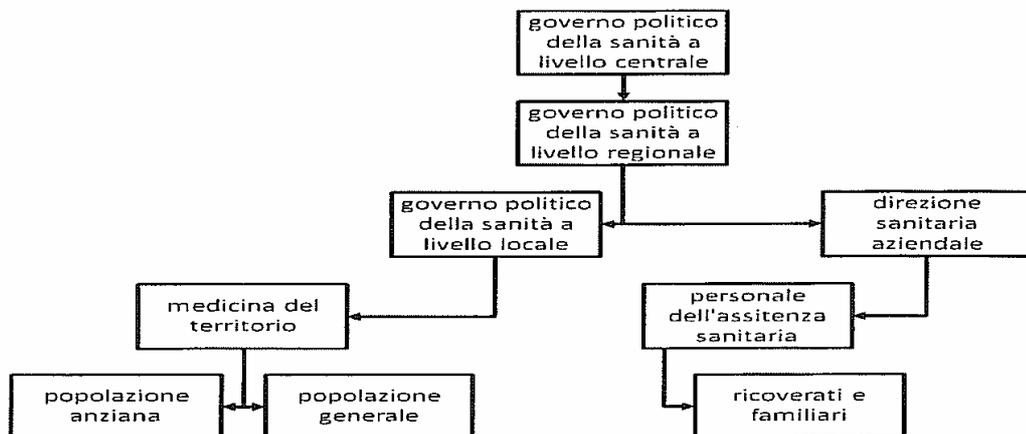


- essere consapevoli che la funzione di ristorazione rappresenta un aspetto rilevante della qualità dell'offerta terapeutica dell'ospedale,
- rendersi conto che spesso sussistono carenze formative in ambito di dietetica e nutrizione clinica negli operatori sanitari,
- sapere che il trattamento nutrizionale nei soggetti malnutriti riduce le complicanze e i tempi di degenza,
- governo politico della sanità a livello regionale e locale: rendersi conto che è utile oltre, che possibile, realizzare Unità Operative di Dietetica e Nutrizione clinica nelle Aziende Sanitarie; essere consapevoli che così si potrebbero determinare, a medio termine, ingenti risparmi sulla spesa sanitaria.

Definizione delle modalità di trasferimento delle conoscenze

La trasmissione delle conoscenze deve essere effettuata con modalità atte a consentire ai diversi gruppi di acquisire quanto previsto. E' necessario quindi adottare strategie di "accesso e diffusione" o di "trasmissione lineare"; la prima modalità ha come obiettivo quello di rendere partecipi dell'oggetto della comunicazione tutti i membri della popolazione, o gruppi generici (ad esempio gli anziani). Nel secondo caso, invece, la comunicazione è indirizzata ad un particolare gruppo "qualificato" (medici, sanitari in genere, politici), ed implica la necessità di trasmettere un sapere specializzato. Un processo di comunicazione efficace deve utilizzare i saperi dei gruppi specializzati, previamente formati, per consentire l'accesso e la diffusione delle conoscenze negli altri gruppi a minore o bassa preparazione specifica.

E' possibile visualizzare in figura i flussi della comunicazione.



Ogni livello provvede all'identificazione delle specifiche modalità di comunicazione, sulla base delle proprie conoscenze del territorio e delle popolazioni che su esso insistono.

Diffusione omogenea delle informazioni sul territorio

Il sistema di diffusione delle conoscenze deve operare in modo tale che, nelle diverse realtà regionali e locali, sia garantito lo stesso livello di accesso ai saperi.



Sintesi

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

I soggetti coinvolti appartengono, sostanzialmente, a gruppi definiti.

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



11. Rete nazionale inerente il servizio di ristorazione

Nell'ottica di valutare il riscontro e l'efficacia delle Linee di indirizzo nazionali per la ristorazione ospedaliera e assistenziale nelle Aziende Sanitarie Ospedaliere (ASO) e Aziende Sanitarie Locali (ASL), si intende attivare una Rete di monitoraggio attraverso le Regioni e le Province Autonome, secondo modalità che saranno concordate in relazione alla più vasta problematica del flusso di informazioni tra le Aziende sanitarie, le Regioni e le Province Autonome e il Ministero della Salute.

Successivamente, tenendo conto delle esigenze e/o problematiche evidenziate nelle varie realtà, si potrà intervenire con una eventuale successiva revisione delle Linee di indirizzo.

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

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



APPENDICE



12.1 FLOW CHART OPERATIVA PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO NUTRIZIONALE

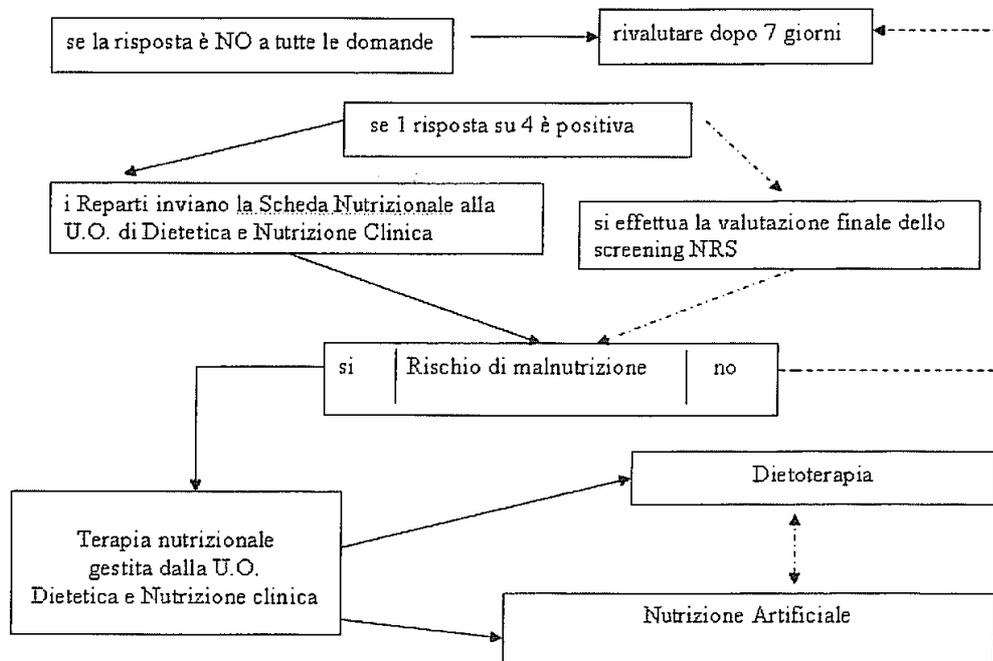
Scheda Nutrizionale
(da compilare a cura dei Reparti)

Lo screening nutrizionale va effettuato in tutti i soggetti:

- a) al momento del ricovero;
- b) ogni 7 giorni (specie qualora si siano aggravate le condizioni cliniche)

Reparto:.....data...../...../.....
 Degente: data di nascita:...../...../....., stanza:....., letto:.....
 diagnosi di ingresso:.....

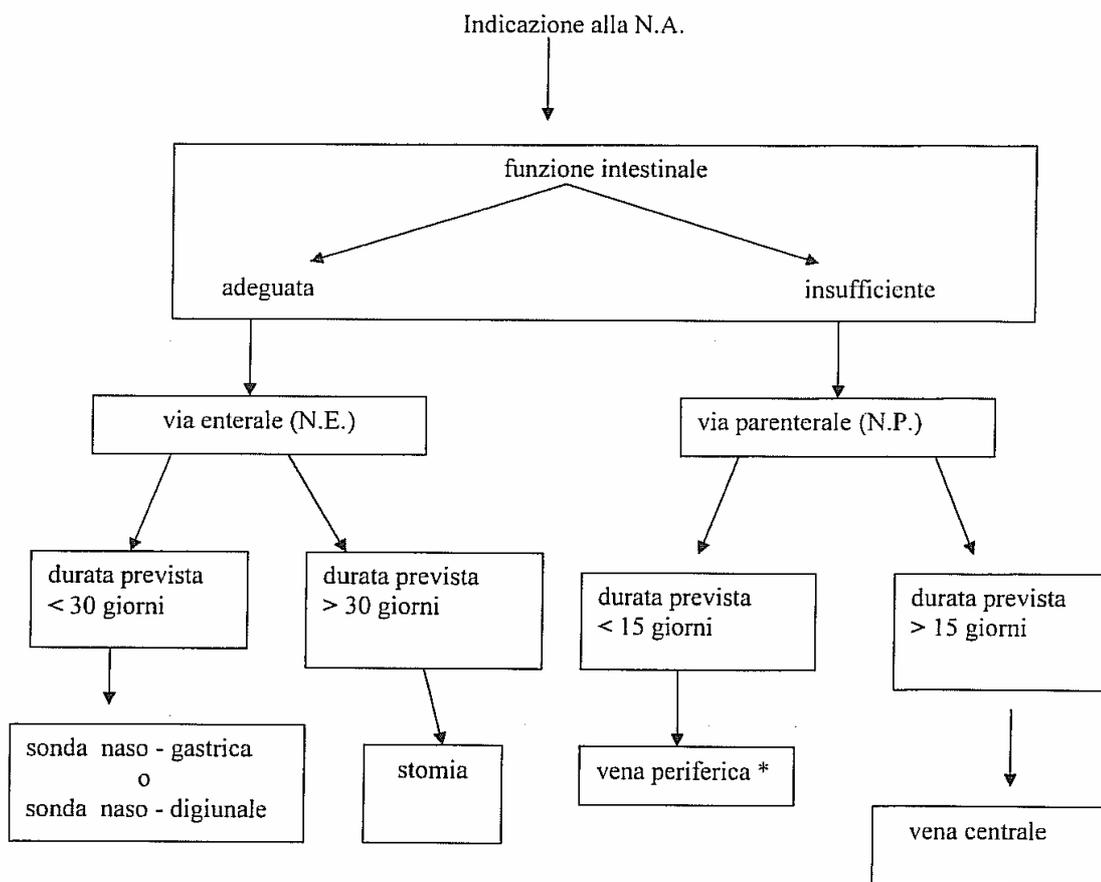
Indicatori nutrizionali: statura.....(m), peso:..... (Kg). IMC:.....(Kg/m²)
 1. IMC.....<20.5? si no
 2. calo ponderale negli ultimi 3 mesi? si no
 3. il paziente ha ridotto gli apporti alimentari negli ultimi 7 gg.? si no
 4. è severamente malato/acuto? si no
 (N.B. in alternativa si possono utilizzare il MUST o il MNA per gli anziani.)



(Leonardi F. et al. 2005)



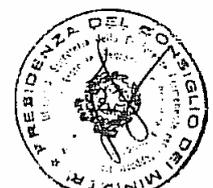
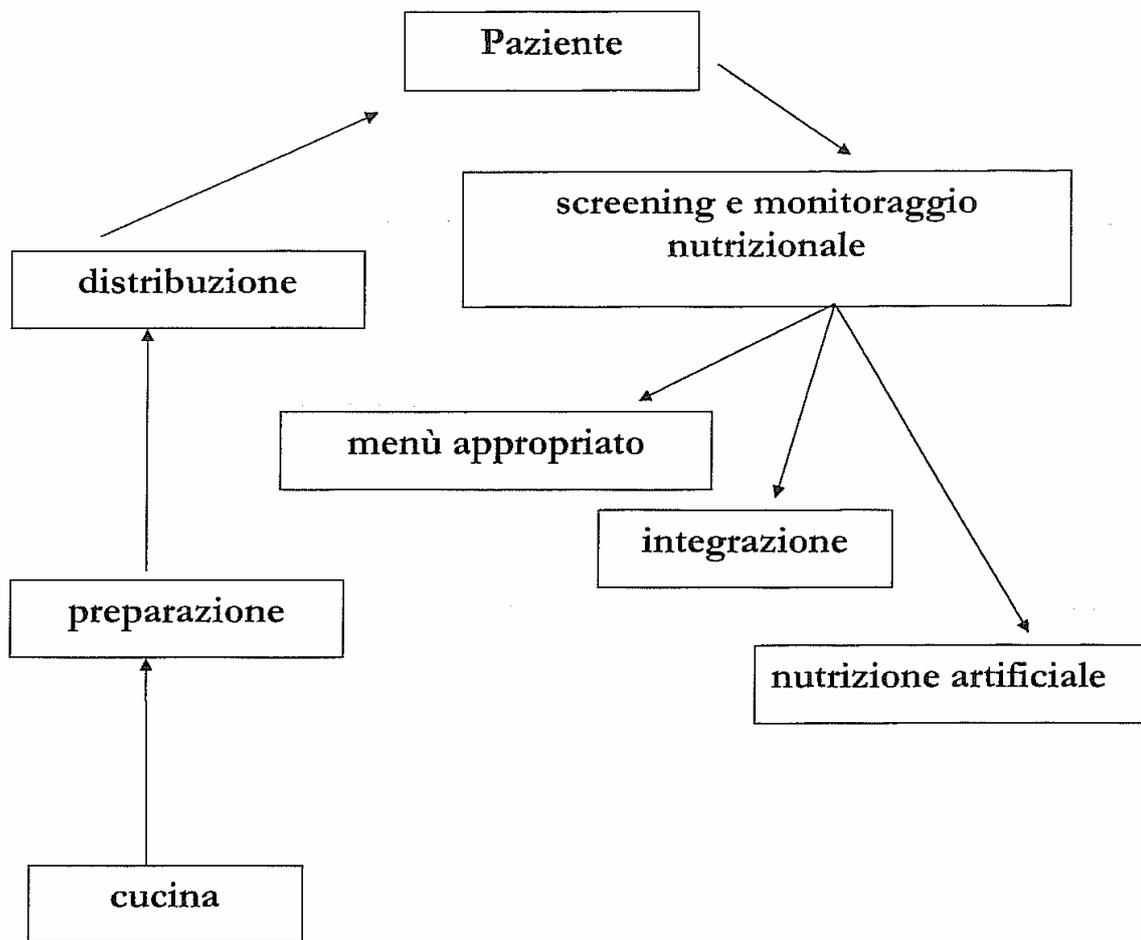
12.2 SCELTA DI TIPO E VIA DI SOMMINISTRAZIONE DELLA N.A.



* comporta bassi apporti nutrizionali



12.3 ALGORITMO DELL'INTERVENTO NUTRIZIONALE



12.5.a PRE SCREENING DEL NUTRITIONAL RISK SCREENING (NRS)

1	BMI<20.5 ?	SI	NO
2	Il paziente ha perso peso negli ultimi 3 mesi?	SI	NO
3	Il paziente ha ridotto l'intake nell'ultima settimana?	SI	NO
4	Il paziente è severamente malato? (es.: in terapia intensiva)	SI	NO

- Se la risposta è SI ad alcune domande, lo screening è eseguito.
 - Se la risposta è NO a tutte le domande, lo screening viene ripetuto ad intervalli settimanali.
 Se il paziente è programmato per un intervento di chirurgia maggiore, un piano di cura nutrizionale dovrebbe essere considerato per impedire che si associ rischio nutrizionale.

12.5.b NUTRITIONAL RISK SCREENING (NRS)

punti	stato nutrizionale	punti	condizione medica e trattamento
1	perdita peso >5% negli ultimi 3 mesi, oppure assunzione dietetica <50-75% rispetto ai fabbisogni nella settimana precedente	1	frattura dell'anca; presenza di patologie croniche anche in fase di riacutizzazione, tumori solidi; radioterapia (<i>ipercatabolismo lieve</i>)
2	perdita peso >5% negli ultimi 2 mesi oppure IMC 18,5-20,5 associato a condizioni generali scadute oppure assunzione dietetica <25-50% rispetto ai fabbisogni nella settimana precedente	2	post-intervento di chirurgia (addominale) maggiore; pazienti geriatrici istituzionalizzati; ictus; insufficienza renale nel post-operatorio; pazienti ematologici; chemioterapia (<i>ipercatabolismo moderato</i>)
3	perdita peso >5% nell'ultimo mese oppure: IMC <18,5 associato a condizioni generali scadute oppure: assunzione dietetica < 0-25% rispetto ai fabbisogni nella settimana precedente	3	traumi cranici; trapianto di midollo osseo; pazienti in terapia intensiva (<i>ipercatabolismo grave</i>)
Totale A		Totale B	
TOTALE A+B: basso rischio di malnutrizione (punteggio ≤2); rischio moderato/elevato di malnutrizione (punteggio ≥3)			



12.6 MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA)

42

Cognome: _____ Nome: _____
 Sesso: _____ Età: _____ Peso, kg: _____ Altezza, cm: _____ Data: _____

Risponda alla prima parte del questionario indicando, per ogni domanda, il punteggio appropriato. Sommi il punteggio della valutazione di screening e, se il risultato è uguale o inferiore a 11, completi il questionario per ottenere una valutazione dello stato nutrizionale.

Screening

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

F Indice di massa corporea (IMC = peso / (altezza)² in kg/m²)

0 = IMC < 19
 1 = 19 ≤ IMC < 21
 2 = 21 ≤ IMC < 23
 3 = IMC ≥ 23

Valutazione di screening (totale parziale max. 14 punti)

12 punti o più: normale, nessuna necessità di continuare la valutazione

11 punti o meno: possibilità di malnutrizione - continui la valutazione

Valutazione globale

G Il paziente vive autonomamente a domicilio?

1 = sì 0 = no

H Prende più di 3 medicinali al giorno?

0 = sì 1 = no

I Presenza di decubiti, ulcere cutanee?

0 = sì 1 = no

J Quanti pasti completi prende al giorno?

0 = 1 pasto
 1 = 2 pasti
 2 = 3 pasti

K Consuma?

• Almeno una volta al giorno del prodotti lattiero-caseari? sì no

• Una o due volte la settimana uova o legumi? sì no

• Oni giorno della carne, del pesce o del pollame? sì no

0.0 = se 0 o 1 sì
 0.5 = se 2 sì
 1.0 = se 3 sì

L Consuma almeno due volte al giorno frutta o verdura?

0 = no 1 = sì

M Quanti bicchieri beve al giorno? (acqua, succhi, caffè, tè, latte...)

0.0 = meno di 3 bicchieri
 0.5 = da 3 a 5 bicchieri
 1.0 = più di 5 bicchieri

N Come si nutre?

0 = necessita di assistenza
 1 = autonomamente con difficoltà
 2 = autonomamente senza difficoltà

O Il paziente si considera ben nutrito? (ha dei problemi nutrizionali)

0 = malnutrizione grave
 1 = malnutrizione moderata o non sa
 2 = nessun problema nutrizionale

P Il paziente considera il suo stato di salute migliore o peggiore di altre persone della sua età?

0.0 = meno buono
 0.5 = non sa
 1.0 = uguale
 2.0 = migliore

Q Circonferenza brachiale (CB, cm)

0.0 = CB < 21
 0.5 = CB ≤ 21 CB ≤ 22
 1.0 = CB > 22

R Circonferenza del polpaccio (CP in cm)

0 = CP < 31
 1 = CP ≥ 31

Valutazione globale (max. 16 punti)

Screening

Valutazione totale (max. 30 punti)

Valutazione dello stato nutrizionale

da 17 a 23,5 punti rischio di malnutrizione

meno 17 punti cattivo stato nutrizionale

Ref. Vellas B, Vilars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006; 10: 456-465.

Rubenstein LZ, Harker JO, Salvo A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Gerontol 2001; 56A: M366-377.

Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10: 466-487.

© Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M

Per maggiori informazioni: www.mna-elderly.com



12.7 FABBISOGNI IN GRAVIDANZA

Estratti dalle raccomandazioni congiunte delle società scientifiche ADI, AMD e SID (2006).

Incremento ponderale raccomandato in gravidanza

	IMC pregravidico < 18.5 Kg/m ²	IMC pregravidico 18.5-25 Kg/m ²	IMC pregravidico > 25 Kg/m ²
Incremento ponderale a termine gravidanza (Kg)	12.5-18.0	11.5-16.0	7-11.5
Incremento ponderale a termine primo trimestre (Kg)	2.3	1.6	0.9
Incremento ponderale per settimana nel corso del terzo trimestre (Kg)	0.5	0.4	0.3

Fabbisogni energetici in gravidanza

	IMC pregravidico < 18.5 Kg/m ²	IMC pregravidico 18.5-25 Kg/m ²	IMC pregravidico > 25 Kg/m ²
Fabbisogno energetico totale (kcal)	90800	74100	49000
Fabbisogno supplementare/die (kcal)	365	300	200
Fabbisogno supplementare/die per ridotta attività fisica (kcal)	365	150	100

Fabbisogni nutritivi giornalieri per le donne adulte, gravide e non gravide (livelli di nutrienti raccomandati nelle gravide revisionati nel 1996)

Nutrienti	Donne non gravide		Gestanti	Nutrici
	18-29 anni	30-49 anni		
Proteine (g)	53	53	59	70
Folati (µg)	200	200	400	350
Calcio (mg)	1000	800	1200	1200
Ferro (mg)	18	18	30	18

Fabbisogno energetico in gravidanza in termini di Kcal/kg.

IMC pregravidico < 18.5 Kg/m ²	Kcal/Kg/die
< 19.8	36-40
19.8-26	30
26-33	24
> 33	12-18

Il fabbisogno energetico nelle gravide diabetiche non differisce da quello delle non diabetiche e deve essere sufficiente a promuovere un incremento ponderale ottimale.



13. Glossario

ADI : Assistenza Domiciliare Integrata

Abbattimento della temperatura: è il processo che consente di raffreddare rapidamente alimenti, cotti in anticipo rispetto al consumo, per evitare la crescita di germi che possono avere contaminato l'alimento stesso. Gli alimenti cotti ($T^{\circ} > 75^{\circ}\text{C}$) devono essere raffreddati rapidamente (abbattimento delle temperatura) e successivamente conservati ad una temperatura compresa fra 0° e $+4^{\circ}\text{C}$.

Agricoltura biologica: è la pratica agricola che ammette solo l'impiego di sostanze naturali, escludendo l'utilizzo di sostanze chimiche di sintesi. Si tratta di un tipo di agricoltura che considera l'intero ecosistema agricolo, sfrutta la naturale fertilità del suolo favorendola con interventi limitati, promuove la biodiversità dell'ambiente in cui opera ed esclude l'utilizzo di prodotti di sintesi (salvo quelli specificatamente ammessi dalle disposizioni comunitarie) e organismi geneticamente modificati.

Algoritmo: è un procedimento per ottenere un risultato atteso eseguendo un insieme di azioni svolte in sequenza e in un determinato ordine.

Alimentazione per os: alimentazione per via orale

Auditing: valutazione/controllo di un'organizzazione, sistema, processo, progetto o prodotto, effettuato in modo tale da permettere di confrontare le attività svolte con le politiche e le procedure stabilite al fine di determinare la loro conformità, suggerendo eventualmente l'opportunità di introdurre delle migliorie.

BMI: Body Mass Index, vedi IMC.

Bromatologia: è la scienza che studia la composizione degli alimenti.

Carrelli neutri: sono carrelli non termici dedicati al trasporto all'interno di una cucina o di un centro di cottura.

Celiachia: è una intolleranza permanente al glutine, sostanza proteica contenuta in alcuni cereali, causata da un'enteropatia immunomediata che si manifesta nei soggetti geneticamente predisposti a qualsiasi età, a seguito dell'ingestione del glutine, presente in cereali quali grano, segale ed orzo. La malattia si manifesta con quadri clinici estremamente diversi e polimorfi. Può associarsi ad altre malattie e determinare, a sua volta, altre patologie se non viene trattata con dieta priva di glutine. Le persone affette da celiachia sono tutelate dalla Legge n. 123 del 4 luglio 2005.

Commercio equo e solidale: è un sistema di distribuzione commerciale che ha l'obiettivo di promuovere un processo di auto-sviluppo dei produttori dei Paesi più poveri del mondo. Si tratta di una attività di acquisto diretto di prodotti, prevalentemente agro-alimentari e artigianali tipici, dai piccoli produttori e di vendita diretta ai consumatori, nel rispetto dei diritti di coloro che li hanno realizzati e con il vantaggio dei consumatori finali.

Conservazione: è uno dei processi fondamentali della trasformazione agro-alimentare che si prefigge lo scopo primario di preservare nel tempo l'edibilità e il valore nutritivo di un prodotto, prevenendone le alterazioni accidentali.

Demenza: è una sindrome caratterizzata da deficit della memoria e disturbi di altre funzioni cognitive; comporta significativa riduzione della capacità di svolgere le comuni attività quotidiane.



Diabete mellito: malattia cronica caratterizzata dalla presenza di elevati livelli di glucosio nel sangue (iperglicemia), dovuta a una insufficiente quantità (tipo 1 o insulino dipendente) o ad una alterata funzione dell'insulina (tipo 2 o non insulino-dipendente, frequente negli adulti, soprattutto se sovrappeso, è causa di molte complicanze).

Dieta: termine che deriva dal latino *diata*, greco *diata*, «modo di vivere»; costituisce l'insieme degli alimenti assunti abitualmente. Lo stesso termine si usa in italiano corrente per identificare indicazioni dietetiche idonee in determinate condizioni fisiologiche (es.: gravidanza, allattamento, ecc.) oppure terapia dietetica per paziente affetto da patologia, prescritta dal medico che individua le specifiche caratteristiche.

Disciplinare merceologico: indica le caratteristiche merceologiche che le derrate alimentari fornite devono avere in conformità ai requisiti previsti dalla normativa vigente in materia. La qualità dei prodotti alimentari utilizzati per la preparazione dei pasti deve corrispondere tassativamente alle caratteristiche merceologiche indicate nel capitolato.

Disfagia: si intende il passaggio difficoltoso di bevande e/o alimenti durante una delle tre fasi che caratterizzano la deglutizione normale: orale, faringea ed esofagea.

Disidratazione: è lo stato che consegue alla perdita di quantità eccessive di acqua dall'organismo.

Dislipidemia: alterazione della quantità di grassi o lipidi normalmente presenti nel sangue.

Dispepsia: digestione difficoltosa.

Diverticolite intestinale: è una infiammazione di uno o più diverticoli, estroflessioni che nella maggior parte dei casi sono localizzati nel colon.

Edentulia: indica la mancanza totale o parziale di denti.

Encefalopatia portosistemica: è una patologia del cervello, che insorge in seguito a ridotta funzionalità del fegato con passaggio in circolo di sostanze tossiche.

Enterocita: cellula dell'epitelio intestinale, munita di numerosi microvilli sul lato apicale che consente un aumento della superficie di assorbimento dell'intestino.

Epidemiologia: è la disciplina biomedica che si occupa dello studio, della distribuzione e frequenza di malattie, di eventi di rilevanza sanitaria nella popolazione.

ESPEN: European Society for Clinical Nutrition and Metabolism.

Evidence Based Medicine (EBM): letteralmente Medicina basata sulle evidenze, tale concetto significa che le decisioni, diagnostiche e terapeutiche, debbono essere basate sulla valutazione critica dei risultati reperibili nella letteratura scientifica.

Fabbisogno calorico o energetico: quantità di calorie che una persona deve assumere per svolgere le funzioni vegetative (attività cardiaca, respiratoria, epatica, intestinale, riparazione dei tessuti, mantenimento del calore interno, accrescimento, ecc.) e volontarie (attività muscolare, ecc.).

Fabbisogni nutrizionali: rappresentano le quantità di nutrienti necessarie a soddisfare i bisogni del singolo individuo e garantire adeguate riserve corporee degli stessi.

Farmacoeconomia: è un insieme di strumenti, concetti e tecniche basate sulla teoria economica che danno al decisore evidenze utili per valutare il profilo di costo-efficacia e la sostenibilità.



economica di nuovi farmaci (o altre tecnologie bio-mediche) e forniscono un razionale economico per la destinazione delle risorse nel sistema sanitario.

Fibra alimentare: gruppo di sostanze di origine vegetale, non digeribili, diverse tra loro sia per composizione chimica che per proprietà (attivazione della peristalsi, modulazione dell'assorbimento di nutrienti).

Filiera corta: l'insieme di attività che prevedono un rapporto diretto tra produttore e consumatore, che accorcia il numero degli intermediari commerciali e diminuisce il prezzo finale.

Follow-up: si intende un periodo di tempo successivo alla fine di un trattamento terapeutico durante il quale il soggetto è controllato periodicamente attraverso visite cliniche o esami strumentali.

Glutine: è una sostanza lipoproteica che origina dall'unione di due tipi di proteine: le gliadine e le glutenine presenti nei cereali quali frumento, segale e orzo. Il glutine conferisce agli impasti viscosità, elasticità e coesione.

HACCP (*Hazard Analysis and Critical Control Points*): è un sistema di autocontrollo che ogni operatore nel settore della produzione di alimenti deve mettere in atto al fine di valutare e stimare pericoli e rischi e stabilire misure di controllo per prevenire l'insorgere di problemi igienici e sanitari.

Incidenza: è una misura di frequenza utilizzata in studi di epidemiologia, che misura quanti nuovi casi di una data malattia compaiono in un determinato periodo di tempo.

Indicatori di attività o di output: misurano i risultati dell'attività in termini quantitativi.

Indicatori di esito o outcome: misurano "l'impatto sociale" di un'attività.

Ingesta: cibo ingerito

IMC (Indice di Massa Corporea): deriva dal rapporto peso (kg) /statura (m²); l'IMC, in inglese BMI (Body Mass Index), classifica gli stati ponderali.

Insourcing: (*approvvigionamento interno*) è un termine usato in economia aziendale per indicare il mantenimento di una attività all'interno dell'azienda tramite la collaborazione di una società esterna che garantisca il necessario know-how.

Insufficienza renale: condizione nella quale i reni hanno ridotto o perso la loro funzione.

Ipertensione: aumento della pressione sanguigna rispetto ai valori considerati normali.

ISO 9001-22000: L'International Organization for Standardization è la più importante organizzazione a livello mondiale per la definizione di norme tecniche. ISO 9000 identifica una serie di norme e linee guida che propongono un sistema di gestione per la qualità, pensato per gestire i processi aziendali affinché siano indirizzati al miglioramento della efficacia e dell'efficienza della organizzazione, oltre che alla soddisfazione del cliente. Lo Standard ISO 22000 è uno standard applicato su base volontaria dagli operatori del settore alimentare. È stato pubblicato dall'Ente di Normazione Internazionale ISO nel settembre 2005 al fine di armonizzare gli standard nazionali e internazionali preesistenti in materia di sicurezza alimentare e HACCP.

Isotermia: è una variazione dello stato di un sistema fisico durante la quale la temperatura rimane costante.

Kilocaloria (kcal): è l'unità di misura per indicare l'apporto energetico di un alimento. È multiplo della caloria (cal), unità di misura dell'unità calorica. Dal 1978 si utilizza anche l'unità di misura Joule (J): 1cal = 4,18 J.

Lattosio: è uno zucchero semplice (disaccaride) contenuto principalmente nel latte.



Lay-out organizzativo: schema progettuale con le spiegazioni relative allo svolgimento di un determinato lavoro (chi fa cosa e rispetto a chi).

Malnutrition Universal Screening Tool (MUST): è uno screening in cinque fasi per identificare gli adulti malnutriti o a rischio di malnutrizione per eccesso o per difetto.

Massa grassa: si intende la parte di massa (peso) di un organismo costituita dal grasso.

Massa magra: si intende la parte di massa dell' organismo costituita da sostanze non grasse (acqua, proteine, glucidi, minerali).

Mini Nutritional Assessment (MNA): è lo strumento per lo screening nutrizionale nelle persone anziane più diffusamente affermato.

Morbilità: è un indice della statistica sanitaria che esprime la frequenza di una malattia in una popolazione. È definito come il rapporto tra il numero di soggetti malati e la popolazione totale e rappresenta il rischio di ammalarsi.

Mortalità: è il rapporto tra il numero delle morti in una comunità o in un popolo durante un periodo di tempo e la quantità della popolazione media dello stesso periodo.

Nastro trasportatore: è un dispositivo adibito al trasporto di vassoi.

Nutritional Risk Screening (NRS): strumento grazie al quale è possibile valutare in modo rapido e semplice il rischio di una carenza nutritiva.

Nutrizione artificiale (NA): procedura terapeutica mediante la quale è possibile soddisfare i fabbisogni nutrizionali di pazienti non in grado di alimentarsi sufficientemente per la via naturale.

Nutrizione enterale (NE): i nutrienti, vengono somministrati direttamente nello stomaco o nell'intestino mediante l'impiego di apposite sonde (sondino naso-gastrico, naso-duodenale, naso-digiunale, stomie).

Nutrizione parenterale (NP): i nutrienti vengono somministrati direttamente nella circolazione sanguigna, attraverso una vena periferica (es. cefalica, basilica, ecc.) o una vena centrale di grosso calibro (es. giugulare, succlavia, ecc.), mediante l'impiego di aghi o cateteri venosi.

Outcome: risultato, esito.

Outsourcing: (*approvvigionamento esterno*) rappresenta l'assegnazione della gestione di determinate attività o processi produttivi a imprese esterne all'azienda.

Parkinson morbo: disturbo del sistema nervoso centrale caratterizzato principalmente da degenerazione di alcune cellule nervose (neuroni) con riduzione del neurotrasmettitore dopamina responsabile dell'attivazione del circuito che genera il movimento.

PEM (Protein Energy Malnutrition): Malnutrizione Proteico Energetica.

Performance: prestazione.

Prevalenza: è il rapporto fra il numero di soggetti affetti da una patologia in un definito momento (od in un breve arco temporale) e il numero totale degli individui della popolazione.

Principi nutritivi: sono glucidi, lipidi, proteine, vitamine e minerali.

Questionario semiquantitativo: strumento per la valutazione semiquantitativa degli scarti alimentari, consente di determinare l'assunzione di nutrienti in base alla valutazione degli scarti alimentari di cui si accertano le quantità. Può anche essere auto-somministrato.

RCT: Randomized Controlled Trial (letteralmente studio clinico randomizzato) è uno studio sperimentale che permette di valutare l'efficacia di uno specifico trattamento in una determinata popolazione.



Sarcopenia: termine usato per definire la perdita di massa muscolare.

Screening: termine inglese utilizzato per indicare una strategia di indagini condotte su larga scala che, nell'ambito di gruppi di persone apparentemente sane, permettono di identificare i soggetti a rischio riguardo ad una determinata patologia.

Sepsi: (o setticemia), è un'infezione diffusa a tutto l'organismo, dovuta alla penetrazione di germi patogeni, precedentemente localizzati in un focolaio, nel circolo sanguigno.

SIAN: Servizio Igiene degli alimenti e della nutrizione

SPP: Servizio di Prevenzione e Protezione.

Stoccaggio: si intende la fase di deposito e mantenimento di materie prime, semilavorati e prodotti finiti.

Timing: scansione temporale delle fasi di un processo articolato.

Ulcere da decubito: sono lesioni della cute e dei tessuti sottocutanei causate da forze di pressione, trazione, frizione, o da una combinazione di queste, che si manifesta solitamente in corrispondenza di prominenze ossee e la cui gravità è classificata in stadi.

Valutazione degli scarti dei pasti: metodo di indagine dei consumi alimentari, semplice e rapido per monitorare l'assunzione individuale di nutrienti.



14. Bibliografia

Atti del Congresso nazionale ADI " La nutrizione ospedaliera e la ristorazione sul territorio Milano 20-21 febbraio 1998.

Akner G, Cederholm T. Treatment of protein-energy malnutrition in chronic nonmalignant disorders. Am J Clin Nutr 2001; 74: 6-24.

Amaral TF, Matos LC, Tavares MM, et al. The economic impact of disease-related malnutrition at hospital admission. Clin Nutr 2007;26:778-84.

Comi D, Palmo A, Brugnani M, D'Amicis A, Costa A, D'Andrea F, et al. The hospital malnutrition Italian study. Clin Nutr 1998;17(Suppl. 1):52

Costa A. Pedrolli C.: Qualità Ospedaliera e della Ristorazione: un connubio " Atti Congresso ADI. Trento 5 dicembre 2003.

Council of Europe. Public Health Committee. Committee of Experts on Nutrition, Food Safety and Consumer Health. Ad Hoc Group Nutrition programmes in hospitals. Food and nutritional care in hospitals: how to prevent undernutrition. Report and Guidelines. Strasbourg, 2002.

Council of Europe Alliance, 2005.

L'accreditamento professionale delle Strutture di Dietetica e Nutrizione Clinica; Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica onlus, a cura di A. Palmo, R. Russo; 2003; 1-177.

D.L. n. 163 (c.d. Codice degli appalti) 12. 4. 2006, successive modifiche (D.L. n. 173, D.L. vi n. 6 e n. 113 del 2007 e D.L.vo n. 152 del 2008.

Documento di inquadramento per la diagnosi e monitoraggio della Celiachia . Ministero della Salute www.ministerosalute.it/speciali/documenti/protocollo_diagn.pdf - 2008-11-03.

Elia M, Stratton R, Russell C, Green C, Pan F. The cost of disease-related malnutrition in the UK and economic considerations for the use of oral nutritional supplements (ONS) in adults. BAPEN, 2005.

Frankenfeld D, Hise M, Malone A, Russell M, Gradwell E, Compher C, and Evidence Analysis Working Group Prediction of resting metabolic rate in critically ill adult patients: results of a systematic review of the evidence. J Am Diet Assoc, Sep 2007; 107(9): 1552-61.

Gaillard C, Alix E, Salle A, Berrut G, and Ritz P. Energy requirements in frail elderly people: a review of the literature. Clin Nutr, Feb 2007; 26(1): 16-24.

Guigoz Y: The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature--What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10: 466-485.

Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Planth M. ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. Clin Nutr 2003; 22: 415-421.

Kondrup J. et al. Proper hospital nutrition as a human right. Clinical Nutrition 2004; 23, 135-137

Harris JA, Benedict FG. Biometric Studies of Basal Metabolism in Man. Washington, DC Carnegie Institute; 1919. Publication 297.



ISO 22000 (standard fondamentale per i sistemi di gestione della sicurezza nel settore agroalimentare).

ISO 9000 identifica una serie di norme e linee guida sviluppate dall'ISO:

ISO 9000 descrive le terminologie e i principi essenziali dei sistemi di gestione qualità e della loro organizzazione;

ISO 9001 per la definizione dei requisiti dei sistemi qualità;

ISO 9004 è una linea guida per il miglioramento delle prestazioni delle organizzazioni.

LARN - Livelli di Assunzione Raccomandata di energia e Nutrienti per la Popolazione Italiana. Ed.1996. SINU. <http://www.sinu.it/larn.asp>.

Legge del 4 luglio 2005 n. 123

www.ministerosalute.it/alimenti/resources/documenti/dietetica/lg_4lug2005.pdf - 2006-01-11.

Leonardi F. et al. Indicazioni alla nutrizione artificiale: dalle linee guida alla pratica. Atti XI Corso Naz. ADI; ADI. Magazine, vol. IX - N. 4, 2005 (modificato).

Linee guida Irlandesi 2006. Guidance note 15 cook-chill systems in the food service sector (revision 1). Published by food safety authority of Ireland abbey Court Lower Abbey Street Dublin 1, www.fsai.gov.ie 2006.

Linee Guida SINPE per la nutrizione artificiale ospedaliera 2002. SINPE 2002; 20 (Suppl 5): 1-173.

Linee guida per la Ristorazione Ospedaliera Regione Lombardia. 2009

www.regione.lombardia.it/shared/ccurl/.../Allegato_decreto_5250_2009.pdf.

Linee guida per la Ristorazione Ospedaliera Regione Piemonte 2007.

www.regione.piemonte.it/sanita/.../linee_guida.htm.

Linee guida per la Ristorazione Assistenziale Regione Piemonte 2007.

www.regione.piemonte.it/sanita/.../linee_guida.htm.

Linee di indirizzo per la Ristorazione nelle strutture residenziali assistenziali extraospedaliere.

Regione Veneto. Sicurezza Alimentare. Piano regionale Veneto 2005-2007 SLAN delle Aziende ULSS del Veneto. 2008.

www.prevenzione.ulss20.verona.it/.../Decreto381.Allegato_LinIndirizzoResidExtrosped.pdf.

Linee Guida per una Sana Alimentazione. INRAN, 2003.

http://www.inran.it/servizi_cittadino/stare_bene/guida_corretta_alimentazione.

Linee guida SLAN - D.M. 16/10/98.

Lohman TG, Roche AF, Martorell R. Manuale di riferimento per la standardizzazione antropometrica. Milano 1992; Ed. Edra.

Lucchin L. La malnutrizione ospedaliera in Italia da Aggiornamenti in Nutrizione Clinica M. G Gentile. Mattioli Editore 2009.

Lucchin L, D'Amicis A, Gentile MG, Battistini NC, Fusco MA, Palmo A, Muscaritoli M, Contaldo F, Cereda E and the PIMAI group. A nationally representative survey of hospital malnutrition: the Italian PIMAI (Project: Iatrogenic MALnutrition in Italy) study. *Mediterranean Journal of Nutrition and Metabolism* (2009).



Malnutrition Advisory Group. Malnutrition Universal Screening Tool. MUST. BAPEN, 2003.
http://www.bapen.org.uk/the-must.htm.

Martin CT, Kayser-Jones J, Stotts N, Porter C, Froelicher ES. Nutritional Risk and Low Weight in Community-Living Older Adults: A Review of the Literature (1995–2005) J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci., Sep 2006; 61: 927 - 934.

Nutritional Risk Screening 2002 (NRS-2002).

Pirlich M, Schutz T, Norman K, Gastell S, Lubke HJ, Bischoff SC et al. The German hospital malnutrition study. Clin Nutr 2006; 25(4):563-572.

Poulsen I, Rahm Hallberg I, Schroll M. Nutritional status and associated factors on geriatric admission. J Nutr Health Aging 2006; 10(2): 84-90.

SPREAD, Stroke Prevention and educational awareness. Ictus cerebrale: Linee guida italiane di prevenzione e trattamento. Ed CATEL Srl, Milano, Febbraio 2007. www.spread.it.

Vellas B, Guigoz Y, Garry PJ et al. The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. Nutrition 1999;15:116-122.

Venturini M Manuale di dietologia per le scuole e gli operatori in campo dietetico-nutrizionale. Editore: Editoriale Italiana, 1998.

Wallace JI, Schwartz RS. Epidemiology of weight loss in humans with special reference to wasting in the elderly. Int J Cardiol 2002;85:15-21.

WHO, Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO; 1995. Technical Report Series 854.

