

## TITOLO

La ristorazione collettiva negli ospedali e nelle strutture assistenziali per anziani: sviluppo di buone pratiche

## ANALISI STRUTTURATA DEL PROBLEMA

### *Problema*

La malnutrizione dei pazienti e degli anziani in ospedale e nelle strutture socio-assistenziali. Lo stato nutrizionale influenza il decorso delle malattie e condiziona la qualità della vita. In particolare, è dimostrato che nel soggetto ospedalizzato/istituzionalizzato uno stato di nutrizione non adeguato provoca un aumento dei tempi di degenza e di riabilitazione, riduce la qualità della vita del paziente e aumenta i costi a carico del Servizio Sanitario.

I dati della letteratura internazionale e l'esperienza italiana (progetto PIMAI e dati regionali) evidenziano che il 40-50% dei soggetti è a rischio di malnutrizione all'ingresso in ospedale, con percentuali più elevate per i pazienti più anziani.

Il rischio di malnutrizione è anche da considerarsi con particolare attenzione all'interno delle strutture residenziali in quanto l'invecchiamento della popolazione comporta un incremento della istituzionalizzazione di lunga durata.

L'indagine europea di sorveglianza "Seneca" ha dimostrato inoltre una bassa incidenza di malnutrizione nella popolazione anziana non istituzionalizzata rispetto agli anziani istituzionalizzati. In particolare, il 5-12% dei pazienti geriatrici al proprio domicilio risulta malnutrito, mentre i valori della malnutrizione risultano estremamente alti e con una variabilità incredibilmente ampia nei pazienti ricoverati e istituzionalizzati, rispettivamente 26-55% e 5-85%.

Questo progetto si propone di fornire modelli e risposte concrete alle raccomandazioni emanate dal Consiglio d'Europa nel novembre 2002 per combattere la malnutrizione in ospedale, adottando buone pratiche inerenti il cibo, l'organizzazione della ristorazione, l'attenzione ai luoghi e ai tempi di somministrazione. Esistono già evidenze in Europa di alcune esperienze pilota in tal senso che hanno dimostrato la fattibilità, la validità e le molteplici ricadute positive relativamente alla diminuzione dei ricoveri ripetuti e dei casi di decesso, all'accorciamento dei periodi di degenza, al benessere psicofisico del malato e alla qualità dell'assistenza. (Better Hospital Food in Inghilterra, Alice Foundation, Darmstadt, Ekocentrum, ricerca Ministero Salute svedese, del 2000, ricerca del Kings Fund Centre, dati del Congresso Espen, Bruxelles 2005).

### *Spiegazioni plausibili*

Una delle principali cause della malnutrizione dei pazienti ospedalieri e negli anziani ricoverati in strutture socio-sanitarie è verosimilmente imputabile al livello qualitativo della proposta alimentare della ristorazione. Recenti studi condotti in ospedali in Francia, in Danimarca e Regno Unito hanno rilevato che fino al 40% del cibo preparato per i pazienti viene buttato via perché consumato parzialmente (non gradito o non adatto) o richiesto, ma non servito per problemi organizzativi. Infatti, se è vero che la ristorazione collettiva ha fatto notevoli progressi per garantire gli aspetti di sicurezza igienico-sanitaria, altrettanto reale è l'inadeguatezza rispetto agli aspetti nutrizionali e organolettici, culturali, organizzativi e assistenziali.

Tra i fattori che concorrono al peggioramento dello stato nutrizionale durante il ricovero giocano un ruolo determinante alcuni elementi:

- l'inadeguatezza del vitto ospedaliero (es cibo caldo servito freddo, mancanza di scelte personalizzate, inadeguate tecniche di cottura e preparazione, assenza di ricerca e sperimentazione in tal senso);
- carenze organizzative (es. orari e tempi dei pasti; errori di prenotazione e distribuzione; spazi inadeguati);
- la rigidità e spesso vetustà delle logiche di appalto del servizio di ristorazione;
- la scarsa valorizzazione del personale impiegato in cucina, nel servizio di somministrazione e nell'approvvigionamento, che si manifesta nella scarsa disponibilità, creatività e professionalità nel gestire e condurre il servizio;
- carenze assistenziali (mancata assistenza alla persona in pazienti non autosufficienti).

La realtà nazionale è ancora carente e disomogenea: ricerche effettuate evidenziano che in molti ospedali e istituti di ricovero non viene calcolato (e controllato) l'apporto nutrizionale del vitto comune e delle diete standardizzate e manca la disponibilità di diete adeguate per patologie di comune riscontro.

Una nuova attenzione a tali problematiche comporta inevitabilmente la revisione critica sia degli aspetti logistico-organizzativi sia degli aspetti gastronomici e culturali, stimolando la riflessione su nuovi ambiti sinora poco o per nulla considerati. In particolare disponibilità di cibo allargata, protezione del momento del pasto da altre attività ospedaliere, sistemi di approvvigionamento e scelta della materia prima maggiormente articolati, rivisitazione dei menu in un'ottica più piacevole e stimolante l'appetito, utilizzo di metodiche di preparazione che valorizzino la materia prima e migliorino la conservazione della qualità organolettica del pasto preparato. Tutti questi aspetti devono anche essere ricondotti a riconoscere al cibo un ruolo importante nel raggiungimento di un maggior benessere all'interno delle strutture sanitarie e socio-assistenziali.

### *Soluzioni proposte*

- Aumentare la conoscenza e la consapevolezza della forte presenza della malnutrizione nelle strutture sanitarie e socio-assistenziali riconoscendolo come problema di salute.
- Aumentare la conoscenza e la consapevolezza del ruolo positivo dell'alimentazione quale complemento terapeutico
- Acquisire elementi di conoscenza sullo stato dell'arte della ristorazione sanitaria nelle singole regioni per evidenziarne vincoli, criticità, opportunità e punti di forza.
- Rivedere i criteri di definizione dei capitolati d'appalto secondo una logica che privilegi la qualità del servizio e dei pasti, l'approvvigionamento secondo una filiera corta, sostenibile e stagionale e tecniche di trasformazione della materia prima adeguate
- Elaborare modelli organizzativi flessibili e sostenibili da un punto di vista economico, ambientale e organizzativo per migliorare i servizi di ristorazione
- Sperimentare quanto proposto e indicato nelle linee guida e nelle raccomandazioni in situazioni selezionate per verificarne la fattibilità.
- Stimolare una collaborazione costante ed effettiva tra le strutture di dietetica e nutrizione clinica, i servizi di prevenzione nutrizionale, i servizi economici e le aziende di ristorazione per una migliore organizzazione del servizio di ristorazione.
- Definire percorsi di aggiornamento per il personale addetto direttamente e indirettamente al servizio di ristorazione (personale di cucina, di assistenza dei servizi economici ecc..)
- Definire obiettivi specifici e vincolanti e programmi con indicatori di processo e di risultato per il miglioramento della qualità nutrizionale di pazienti e anziani per dare concreta applicazione al LEA "Sorveglianza e prevenzione nutrizionale"
- Definire sistemi premianti per le strutture sanitarie che applicano le linee guida e le raccomandazioni migliorative dello stato nutrizionale e del benessere del paziente e degli operatori

Il progetto è a termine, ma ci si attende che l'individuazione di sistemi premianti collegati alle soluzioni proposte e sperimentate e la messa in rete e divulgazione di tali esperienze possano avere un effetto volano negli anni successivi.

### *Fattibilità*

#### I soggetti promotori

Sono presenti in Regione Piemonte competenze professionali e esperienze in ambito di ristorazione collettiva. Il Piemonte ha recentemente prodotto protocolli operativi dedicati all'organizzazione del servizio di ristorazione nelle strutture ospedaliere e assistenziali al fine di fornire uno strumento di rapida lettura e consultazione, flessibile e adattabile alle differenti realtà delle strutture sanitarie. I documenti sono frutto di una collaborazione integrata multidisciplinare tra i servizi di prevenzione e la rete dei servizi di dietetica e nutrizione clinica. L'integrazione tra l'ambito igienistico-preventivo e quello clinico-nutrizionale ha permesso una nuova e più ampia visione delle problematiche trattate e costituisce uno dei punti di forza del lavoro.

Inoltre è ormai un percorso di alcuni anni quello che ha portato l'associazione enogastronomica Slow Food, ad occuparsi in modo dedicato alla valorizzazione della qualità del cibo quotidiano. Un percorso che ha visto l'Associazione coinvolta prima in tavoli di confronto e convegni, poi in progetti educativi ad hoc di riqualificazione di mense scolastiche e ospedaliere. L'esperienza e la profonda conoscenza maturata in più di vent'anni di vita e battaglie in difesa di un cibo di qualità, "buono, pulito e giusto", nella rivendicazione del diritto al piacere e alla convivialità, nella tutela della biodiversità di varietà e razze ad uso alimentari, nel dare la giusta dignità alla cultura materiale di chi lavora e trasforma il cibo, fino alla nascita e al riconoscimento dell'Università degli studi di Scienze Gastronomiche, consentono di fornire un contributo

significativo alla Regione Piemonte nella conduzione del progetto.

Esperienze e conoscenze approfondite sui sistemi di produzione italiani e internazionali, sui prodotti e sulle tecniche di trasformazione, sulla cultura gastronomica nazionale e internazionale, sui percorsi formativi in tema di educazione alimentare e del gusto costituiscono un retroterra importante per contribuire ad elaborare raccomandazioni specifiche su logiche di approvvigionamento, trasformazione, servizio e formazione del personale impiegato.

#### Alcuni elementi significativi del progetto

Il progetto elaborato e proposto dai soggetti sopra citati prevede il coinvolgimento di tutte le regioni italiane per valorizzare le esperienze già in atto e facilitare la diffusione e l'applicazione delle proposte elaborate in itinere: Le soluzioni e le raccomandazioni saranno costruite a partire dai dati rilevati e in un sistema di concertazione e condivisione con tutti gli attori coinvolti nella gestione della ristorazione ospedaliera e socio-assistenziale al fine di agevolarne la praticabilità. La comunicazione e l'attenzione dei media su tali problemi e, in parallelo, la divulgazione di esperienze virtuose e la creazione di una rete fra gli ospedali e le strutture socio assistenziali sono considerati fattori di facilitazione per il buon esito del progetto. Infine, riteniamo che la proposta di prevedere sistemi premianti a livello regionale, per la prevenzione e riduzione della malnutrizione in ambito ospedaliero e socio-assistenziale, con la definizione di obiettivi e indicatori di processo e di risultato, possa essere un'ulteriore facilitazione all'applicazione effettiva delle soluzioni che emergeranno dal progetto

#### *Criticità*

- La complessità e la variabilità degli ambiti di riferimento con i diversi attori coinvolti e le diverse realtà sanitarie italiane
- La scarsa attenzione sia a livello nazionale sia regionale agli aspetti di prevenzione e eccessiva focalizzazione ad aspetti economicisti
- L'insufficiente consapevolezza della valenza curativa di una buona e corretta alimentazione

## Bibliografia

- Proposte operative per la ristorazione ospedaliera. Regione Piemonte, Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, febbraio 2007
- Proposte operative per la ristorazione assistenziale. Regione Piemonte, Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, febbraio 2007
- Alpers DH, Stenson WF, Bier DM. *Manual of Nutritional Therapeutics*. Little, Brown and Company, 1995.
- Atti del Congresso Nazionale ADI La nutrizione ospedaliera e la ristorazione sul territorio. Milano, 20-21 febbraio 1998.
- Benvenuti C, Cassatella C. Ristorazione collettiva: tra qualità e convivialità. Atti del 15° Congresso Nazionale ANDID. Bagni di Tivoli, 9-12 aprile 2003, pp. 97-100.
- Butterworth CE. The skeleton in the hospital closet. *Nutr Today* 1974; 9: 4.
- Demagistris A, Bianco B, Cardinali L, Caudera V et al. Incidence of nutritional risk in a university hospital. *Clin Nutr* 2003; 22(S1): S97.
- Focus group Socio sanitaria: ieri, oggi e domani. *Ristorazione Collettiva* 2004; 19-24.
- Food and Nutritional Care in Hospitals. How to Prevent Undernutrition. Report and recommendations of the Committee of Experts on Nutrition, Food safety and Customer Protection. Council of Europe Publishing, Strasbourg, 2002.
- Kyle UG, Pirlich M, Schuetz T et al. Prevalence of malnutrition in 1760 patients at hospital admission: a controlled population study of body composition. *Clin Nutr* 2003; 22: 473-481.
- Linee Guida per una Sana Alimentazione Italiana. Revisione 2003. [www.inran.it/documentazione](http://www.inran.it/documentazione).
- Livelli di Assunzione Raccomandati di Energia e Nutrienti per la Popolazione Italiana. LARN SINU, revisione 1996. EDRA Medical Publishing & New Media, Milano, 1998.
- Lucchin L, Canali F, Trovato R, Tornifoglia D, Kob K. Aspetti evolutivi della ristorazione ospedaliera. In: *Aggiornamenti in Nutrizione Clinica*. Il Pensiero Scientifico Editore, Torino, 1994; 2: 57-69.
- Mc Whirter Jp, Pennington CR. Incidence and recognition of malnutrition in hospitals. *BMJ* 1994; 308: 954-958.
- Pirlich M, Schütz T, Plauth M, Lochs H et al. Prevalence of malnutrition in hospitalized medical patients: impact of underlying disease. *Dig Dis* 2003; 21: 245-251.
- Risoluzione ResAP(2003)3 del Consiglio d'Europa di Strasburgo, novembre 2003, scaricabile dal sito <https://wcm.coe.int/rsi/CM/index.jsp> citando il riferimento ResAP(2003)3.
- Testolin G, Simonetti P. La qualità nutrizionale degli alimenti nella ristorazione ospedaliera. In: *Aggiornamenti in Nutrizione Clinica*. Il Pensiero Scientifico Editore, Torino, 1994; 2: 19-22.
- AA.VV. Dal tempo dei vecchi al potere dell'età. La mutazione dei senior negli anni 2000. Atti Convegno Sodexho, Milano, 1999.
- AA.VV. La nostra salute: lo stato sanitario del paese nel 2001. Direzione Generale Studi e Documentazione sanitaria, Ministero della Salute Roma, 2002.
- AA.VV. Linee di procedura per un corretto approccio alimentare nell'anziano istituzionalizzato ad uso del personale assistenziale. Regione Piemonte-DoRS, 2005.  
[www.dors.it/public/ar06/lineadiproceduraSETTEMBRE05.doc](http://www.dors.it/public/ar06/lineadiproceduraSETTEMBRE05.doc)
- AA.VV. Malnutrition within an ageing population: a call to action. European Nutrition for Health Alliance, London, 2005.
- ADA Position Statement. Diabetes Nutrition recommendations for Health Care Institutions. *Diabetes Care* 2004; 27: S55.
- Amerio ML, Langella D, Lenzi P, Tangolo D, Di Santo A. La malnutrizione: un progetto per valutarsi e crescere insieme. *Promozione Salute* anno 56, 2000; 3.
- Bissoli L, Zamboni M, Sergi G, Ferrari E, Borsello O. Linee guida per la valutazione della malnutrizione dell'anziano. *Giorn Geront* 2001; 49: 4-12.
- Bortz W, Bortz SS. Prevention, nutrition and exercise in the aged. In: Carstensen LL, Edelstein BA, Dornbrand L. *The practical handbook of clinical gerontology*. Sage publications, Thousand Oaks CA, 1996, pp. 36-53.
- Chernoff R. Micronutrient requirements in older women. *Am J Clin Nutr* 2005; 81: 1240S-1245S.
- Cornero V, Zaghi A (a cura di). *Il gusto di vivere*. Regione Piemonte, Torino, 2005.
- Crippa A, Cucci M, Gonfalonieri R, Leoni I, Seida G. La malnutrizione dell'anziano. *Epidemiologia e criteri di valutazione della malnutrizione*. *Geriatric & Medical Intell* 1998; S-2: 7-11.
- Dall'Acqua G. *Igiene ambientale*. Minerva Medica, Torino, 1990.
- De Groot CP, Van Staveren WA, Dirren H, Hautvast JG. Summary and conclusion of the report on the

- second data collection period and longitudinal analyses of the SENECA Study. *Eur J Clin Nutr* 1996; 50: S123-S124.
- Eboli V. *Dietetica delle collettività*. DE Editore, Milano, 1994.
- Ferry M, Sidobre B, Lambertin A, Barberger-Gateau P. The SOLINUT Study: Analysis of the Interaction between Nutrition and Loneliness in person aged over 70 years. *J Nutr Health Aging* 2005; 9: 261-268.
- Galli G, Bertoldi A. *Igiene degli alimenti e HACCP. Modelli applicativi*. EPC Libri, Roma, 1998.
- Grimaldi A, Quaglino GP (a cura di). *Tra orientamento e auto-orientamento, tra formazione e autoformazione*. ISFOL Editore, Dragoni (CE), 2005.
- Guidoz Y, Wellas BJ, Garry PJ. Mini nutritional assessment: a practical tool for grading the nutritional state of the elderly patient. In: Wellas BJ et al. *MNA: facts and research in gerontology*. Serdi publ. Co., Paris, 1995.
- Inelmen EM et al. La prevalenza dell'obesità nell'anziano. Simposio: l'obesità come fattore di rischio di disabilità nell'anziano. *Giorn Geront* 2001; (49) 9: 580-593.
- ISTAT. *L'assistenza residenziale in Italia: regioni a confronto*. Collana informazioni ISTAT 2005; 18.
- Knowles MS. *The Adult Learner: a neglected species*. 4th edition. Gulf Publishing, Houston, 1990.
- Lavoie AM, Labrecque M, Germain D. Programme de médiation, formation et suivi systématique de l'alimentation des personnes âgées en centre d'hébergement. *Gerontologie* 2003; 39, supplied by the British Library, The world knowledge, www.bl.uk.
- Messineo A, Melino C, Tupini P. *Igiene e sicurezza nella ristorazione*. EPC Libri, Roma, 1997.
- Mulvihill C, Quigley R. Health Development Agency. *Prevenzione e trattamento di obesità e sovrappeso in bambini, adolescenti e adulti*. Briefing sulle prove. 1a edizione, Londra, 2003.
- Pezzana A, Amerio ML, Rovera L, Vassallo D, Giorgini S. La gestione delle problematiche nutrizionali presso strutture di riabilitazione e lungodegenza per pazienti anziani in Piemonte: risultati di un questionario regionale. Atti X Corso nazionale ADI-XI Convegno di Studio sull'obesità La Sindrome plurimetabolica. Assisi, 5-8 novembre 2003.
- Pezzana A, Amerio ML, Rovera L, Vassallo D, Giorgini S. Nutritional evaluation and support as part of the elderly care in CGUs (convalescence geriatric units) and regional country hospitals. *Clinical Nutrition* 2004; 23: 920.
- Pironi L, Paganelli F, Merli C, Miglioli M. Malnutrizione e rischio nutrizionale: una proposta di implementazione delle attuali linee guida. *RINPE* 2000; 18 (2): 83-91.
- Polito A, Intorre F, Andriollo-Sanchez M, Azzini E, Raguzzini A, Meunier N, Ducros V, O'Connor JM, Coudray C, Roussel AM, Maiani G. Estimation of intake and status of vitamins A, E and folate in older European adults. The Zenith study. *Eur J Clin Nutr* 2005; 4 (suppl.).
- Raimondi A. *Nutrizione e dietetica del cervello*. Piccin, Padova, 1997.
- Reuben D. Quality indicators for malnutrition for vulnerable community-dwelling and hospitalized older persons. RAND Health Working paper, august 2004.
- Roma G. Terza età, una risorsa da valorizzare. un mondo da scoprire. Atti del Convegno Censis, Roma, 2002.
- Tiberti D. (a cura di). *Studio argento: indagine sulla salute della terza età in Piemonte*. Quaderni Epidemiologia Piemonte, 2003.
- Troja A. Animazione motoria per anziani residenti in strutture protette. [www.centromaderna.it](http://www.centromaderna.it)
- Visentin P, Ponzetto M, Demicheli V. *Linee guida per la promozione dell'attività fisica nell'anziano*. Regione Piemonte, opuscolo allegato a MediTo 2004; 8.
- Zamboni M et al. L'obesità in età geriatrica. *Giorn Geront* 2002; (50) 5: 266-271.
- Ziegler EE, Filer LJ. *Conoscenze attuali in Nutrizione*. ILSI. Settima edizione. Piccin, Padova, 2002.

**OBIETTIVO GENERALE**

Prevenire e ridurre la malnutrizione attraverso la promozione di buone pratiche di alimentazione e di organizzazione dei servizi di ristorazione ospedaliera ed assistenziale

**OBIETTIVO SPECIFICO 1**

Rilevare lo stato dell'arte a livello delle singole regioni, evidenziando criticità e punti di forza, descrivendo i diversi contesti della ristorazione ospedaliera e socio assistenziale.

**OBIETTIVO SPECIFICO 2**

Elaborare raccomandazioni e modelli organizzativi e formativi, sulla base dei dati rilevati nell'indagine conoscitiva, applicabili alle diverse realtà di ristorazione per migliorarne la qualità

**OBIETTIVO SPECIFICO 3**

Individuare alcune realtà sanitarie, a campione sul territorio italiano, in cui condurre la sperimentazione delle raccomandazioni e dei modelli elaborati e sperimentare

**OBIETTIVO SPECIFICO 4**

Elaborare e divulgare un documento completo di raccomandazioni e di modelli proposti e sperimentati finalizzato ad accompagnare e aiutare l'applicazione di tali proposte nelle diverse realtà sanitarie italiane.

**OBIETTIVO SPECIFICO 5**

Definire sistemi premianti finalizzati all'applicazione dei modelli migliorativi dello stato nutrizionale e del benessere del paziente in tutte le realtà sanitarie

## PIANO DI VALUTAZIONE PER L'OBIETTIVO SPECIFICO 1

Obiettivo generale	Prevenire e ridurre la malnutrizione attraverso la promozione di buone pratiche di alimentazione e di organizzazione dei servizi di ristorazione ospedaliera ed assistenziale	
Obiettivo specifico 1	Rilevare lo stato dell'arte a livello delle singole regioni, evidenziando criticità e punti di forza, descrivendo i diversi contesti della ristorazione ospedaliera e socio assistenziale.	
Indicatore di risultato	Numero delle strutture per le quali è stato possibile descrivere lo stato dell'arte, evidenziando criticità e punti di forza.	
Standard di risultato	≅ 200 strutture esaminate e descritte.	
Azione	Indicatore/i di processo	Standard di processo
1.1 Individuazione di un campione rappresentativo delle strutture sanitarie	Definizione dei criteri di rappresentatività del campione a cura del gruppo di progetto.	Presenza di documento di individuazione delle strutture interessate
1.2 Definizione e validazione degli strumenti di rilevazione e delle modalità di conduzione	Il gruppo di progetto lavora alla definizione di strumenti per la rilevazione e alla redazione un protocollo per la ricerca	Presenza di documento contenente il protocollo di ricerca e gli strumenti di rilevazione (questionari, tracce di intervista, ecc.)
1.3 Selezione e formazione personale per rilevazione	Percorsi di formazione (anche di breve durata) organizzati per il personale che svolgerà la ricerca	Almeno un corso di formazione per il personale impegnato nella rilevazione.
1.4 Conduzione indagine	Numero questionari e/o interviste effettuati  Qualità delle informazioni raccolte	Almeno 200 questionari e/o interviste effettuati (200 interviste) I questionari e le interviste forniscono informazioni sufficienti per valutare la situazione delle strutture esaminate.
1.5 Visite di approfondimento sul territorio in circa 15 casi sui 200 totali	Numero di incontri/interviste ai diversi attori del sistema ristorazione ospedaliero e socio assistenziale	Almeno 15 incontri/interviste effettuati a persone, attori del sistema ristorazione ospedaliero e socio assistenziale
1.6 Inserimento e elaborazione dati	Definizione criteri per l'elaborazione dei dati	Redazione di un documento di raccolta e sintesi dei dati raccolti
1.7 Stesura report finale 1	Completezza del report finale	Il gruppo di progetto elabora un documento di descrizione e analisi dettagliata della situazione attuale.

### CRONOGRAMMA Obiettivo specifico 1

Mese	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Individuazione di un campione rappresentativo delle strutture sanitarie												
Definizione e validazione degli strumenti di rilevazione												

rendicontazione

Selezione e formazione personale per rilevazione																				
Conduzione dell'indagine																				
Visite di approfondimento sul territorio in circa 15 casi sui 200 totali																				
Inserimento e elaborazione dati																				
Stesura report finale indagine																				

## PIANO DI VALUTAZIONE PER L'OBIETTIVO SPECIFICO 2

Obiettivo generale	Prevenire e ridurre la malnutrizione attraverso la promozione di buone pratiche di alimentazione e di organizzazione dei servizi di ristorazione ospedaliera ed assistenziale	
Obiettivo specifico 2	Elaborare raccomandazioni e modelli organizzativi e formativi, sulla base dei dati rilevati nell'indagine conoscitiva, applicabili alle diverse realtà di ristorazione per migliorarne la qualità	
Indicatore di risultato	Progettazione di raccomandazioni e di modelli organizzativi e formativi	
Standard di risultato	Elaborazione di documento contenente raccomandazioni e modelli organizzativi e formativi, applicabili alle diverse realtà di ristorazione. Realizzazione di almeno un progetto di formazione inerente	
Azione	Indicatore/i di processo	Standard di processo
2.1 Ricognizione in bibliografia di esperienze e buone pratiche	Consultazione delle evidenze di efficacia prodotte dalla letteratura nazionale e internazionale e verifica della presenza di linee guida già redatte sull'argomento, in Italia e in altri Paesi.	Produzione di una bibliografia che citi la letteratura pertinente pubblicata negli ultimi anni La bibliografia tiene conto delle pubblicazioni e linee guida italiane e straniere riguardanti l'efficacia di interventi organizzativi e formativi in materia di ristorazione ospedaliera.
2.2 Elaborare raccomandazioni e/o modelli organizzativi e formativi per ogni ambito esaminato nell'indagine.	Riunioni con esperti tese all'elaborazione di raccomandazioni e/o modelli organizzativi e formativi. Sono effettuate riunioni di esperti con focus su tipologia, vincoli contrattuali e capitolati, approvvigionamento prodotti e schede merceologiche, trasformazione e attrezzature, logistica servizio, menù, personale, prenotazione e servizio, monitoraggio sprechi.  Numero di documenti prodotti	Presenza di raccomandazioni con approfondimenti su ognuno degli aspetti considerati.
2.3 Contestualizzare i modelli e le raccomandazioni per le varie tipologie di realtà ospedaliere e socio assistenziali esaminate	Versioni dei modelli e delle raccomandazioni	Sono redatte raccomandazioni e modelli almeno per due diverse tipologie di realtà ospedaliere e socio-assistenziali.

CRONOGRAMMA Obiettivo specifico 2

rendicontazione

Mese	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ricognizione in bibliografia di esperienze e buone pratiche												
Elaborare raccomandazioni e/o modelli organizzativi e formativi per ogni ambito esaminato nell'indagine.												
Contestualizzare i modelli e le raccomandazioni per le varie tipologie di realtà ospedaliere e socio assistenziali esaminate												

PIANO DI VALUTAZIONE PER L'OBIETTIVO SPECIFICO 3

Obiettivo generale	Prevenire e ridurre la malnutrizione attraverso la promozione di buone pratiche di alimentazione e di organizzazione dei servizi di ristorazione ospedaliera ed assistenziale	
Obiettivo specifico 3	Individuare alcune realtà sanitarie sul territorio italiano, in cui condurre la sperimentazione delle raccomandazioni e dei modelli elaborati	
Indicatore di risultato	Numero di aree individuate per la sperimentazione.	
Standard di risultato	Presenza di regioni diverse Sono individuate almeno 3 aree a campione in cui condurre la sperimentazione Le tre aree sono individuate in 3 regioni diverse.	
Azione	Indicatore/i di processo	Standard di processo
3.1 Identificazione realtà sanitarie per sperimentazione	Le aree identificate rappresentano realtà significative nel il territorio nazionale	Sono individuate regioni diverse nel territorio nazionale
3.2 Costituzione gruppi progetti locali	Il gruppo di progetto locale è formalizzato ed è rappresentativo delle diverse figure professionali coinvolte	In ognuno dei gruppi di progetto locali sono presenti almeno tre figure professionali
3.3 Conduzione sperimentazioni	Comunicazione fra i gruppi di progetto locali e il gruppo di progetto nazionale  Report intermedi presentati dai gruppi di progetto locale	I gruppi di progetto nazionale e locali lavorano in rete e collaborano alla realizzazione del progetto e alla soluzione di problemi attraverso la comunicazione via email o la organizzazione di riunioni (se necessario)  I gruppi di progetto locale redigono report intermedi allo scopo di descrivere il lavoro di sperimentazione
3.4 Valutazione dei risultati	Tutte le raccomandazioni relative ai vari	Presentazione di report

	aspetti (Organizzativi, nutrizionali, qualità alimentare ,ecc)sono state applicate	da parte dei centri della rete, giudicati dal gruppo di progetto e da esperti adeguati e utilizzabili per le successive elaborazioni e riflessioni.
3.5 Report finale sperimentazione	Qualità del report finale	Il report finale contiene dati sulla sperimentazione, analisi delle criticità e delle opportunità, valutazione su esportabilità della esperienza effettuata.

### CRONOGRAMMA Obiettivo specifico 3

Mese	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Identificazione realtà sanitarie per sperimentazione	■	■										
Costituzione gruppi progetti locali			■	■								
Conduzione sperimentazioni					■	■	■	■	■	■	■	■

rendicontazione →

Mese	18	19	20	21	22	23	24					
Valutazione dei risultati		■	■									
Report finale			■	■								

### PIANO DI VALUTAZIONE PER L'OBIETTIVO SPECIFICO 4

Obiettivo generale	Prevenire e ridurre la malnutrizione attraverso la promozione di buone pratiche di alimentazione e di organizzazione dei servizi di ristorazione ospedaliera ed assistenziale	
Obiettivo specifico 4	Elaborare e divulgare un documento completo di raccomandazioni e di modelli proposti e sperimentati finalizzato ad accompagnare e aiutare l'applicazione di tali proposte nelle diverse realtà sanitarie italiane.	
Indicatore di risultato	Adeguatezza della ricerca, della selezione, della valutazione di validità del documento prodotto e della valutazione di trasferibilità	
Standard di risultato	Adeguatezza giudicata accettabile da revisori scientifici per la parte di completezza e validità e da esperti di pianificazione per la parte di trasferibilità	
Azione	Indicatore/i di processo	Standard di processo
4.1 Elaborazione di un documento che evidenzi modelli e sperimentazioni	Gruppi di progetto locale che partecipano alla elaborazione	Tutti i gruppi di progetto locale partecipano alla elaborazione del documento
4.2 Diffusione del documento prioritariamente nelle realtà ospedaliere e socio-assistenziali in cui si è condotta la sperimentazione	Comunicazione fra le realtà ospedaliere	Predisposizione di strumenti e opportunità che consentano il lavoro di rete fra le varie realtà (siti internet, seminari, ecc.)
4.3 Individuazione dei canali di veicolazione e realizzazione di attività comunicative (conf. stampa, convegni e seminari, internet, ...)	Elencazione delle principali indicazioni operative e organizzative per la comunicazione istituzionale	Validità e adeguatezza giudicata accettabile da esperti di comunicazione.

CRONOGRAMMA Obiettivo specifico 4

rendicontazione

Mese	20	21	22	23	24							
Elaborazione di un documento efficace che metta in evidenza modelli e sperimentazioni												
Diffusione del documento prioritariamente nelle realtà ospedaliere e socio-assistenziali in cui si è condotta la sperimentazione												
Individuazione dei canali di veicolazione e realizzazione attività comunicative: conf. Stampa, convegni e seminari, internet, ...												

PIANO DI VALUTAZIONE PER L'OBIETTIVO SPECIFICO 5

Obiettivo generale	Prevenire e ridurre la malnutrizione attraverso la promozione di buone pratiche di alimentazione e di organizzazione dei servizi di ristorazione ospedaliera ed assistenziale	
Obiettivo specifico 5	Definire sistemi premianti finalizzati all'applicazione dei modelli migliorativi dello stato nutrizionale e del benessere del paziente in tutte le realtà sanitarie	
Indicatore di risultato	Adeguatezza dei sistemi premianti rispetto alle realtà interessate.	
Standard di risultato	Adeguatezza giudicata accettabile da revisori scientifici e da tutte le Regioni coinvolte nella sperimentazione.	
Azione	Indicatore/i di processo	Standard di processo
5.1 Definizione dei sistemi premianti	Pertinenza e sostenibilità dei sistemi premianti valutata rispetto ad esperienze concrete	Le Regioni coinvolte nella sperimentazione contribuiscono alla valutazione dei sistemi premianti
5.2 Divulgazione e recepimento da parte delle regioni	Numero di regioni che scelgono di promuovere il progetto.	Almeno 5 altre regioni, decidono di divulgare e recepire il sistema premiante al fine di applicare modelli migliorativi dello stato nutrizionale e del benessere del paziente nelle strutture sanitarie.

CRONOGRAMMA Obiettivo specifico 5

rendicontazione

Mese	20	21	22	23	24							
Definizione sistemi premianti												
Divulgazione e recepimento da parte delle regioni												

# CRONOGRAMMA PROGETTO

rendicontazione

Mese	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
<b>Obiettivo 1</b>																									
1.1	█	█																							
1.2	█	█																							
1.3	█	█																							
1.4			█	█	█	█																			
1.5						█	█																		
1.6						█	█																		
1.7							█	█																	
<b>Obiettivo 2</b>																									
2.1	█	█	█	█																					
2.2							█	█	█																
2.3									█	█															
<b>Obiettivo 3</b>																									
3.1							█	█																	
3.2								█	█																
3.3										█	█	█	█	█	█	█	█	█	█						
3.4																			█	█					
3.5																				█	█				



## Allegato 4

### PIANO FINANZIARIO

Unità Operativa 1	referente	compiti			
Assessorato Tutela Salute Sanità Regione Piemonte e	Renata Magliola	- Responsabile scientifico del progetto			
Risorse	Compiti e prodotti attesi	1° anno	2° anno	totale	
<b>Personale</b>					
Esperto in gestione progetti di ricerca e sperimentazione (Valeria Cometti, Slow Food Italia)	Coordinamento delle attività del progetto e partecipazione diretta alle fasi operative.	15.000,00€	13.000,00€	28.000,00€	
Esperti in dietetica e nutrizione clinica	Viene formalmente identificato il gruppo di progetto a cui sono affidati compiti specifici, a seconda della professionalità, di progettazione, definizione strumenti, validazione attività, partecipazione alle sperimentazioni in loco, redazione report	10.000,00€	15.000,00€	25.000,00€	
Esperti di scienze gastronomiche		10.000,00€	15.000,00€	25.000,00€	
Esperti di sanità pubblica (medici e veterinari)		10.000,00€	15.000,00€	25.000,00€	
1 Epidemiologo		5.000,00€	5.000,00€	10.000,00€	
2 Agronomi		7.000,00€	15.000,00€	22.000,00€	
Esperti di processi logistici riferiti alla ristorazione collettiva		10.000,00	15.000,00€	25.000,00€	
Esperto di gare e capitolati d'appalto	5.000,00€	5.000,00€	10.000,00€		
Segreteria organizzativa e comunicazione	Contributi operativi specifici (organizzazione e comunicazione) per tutta la durata e in tutte le attività del progetto	40.000,00€	40.000,00€	80.000,00€	
Esperti di progettazione percorsi formativi	Contributo alla definizione di percorsi formativi	5.000,00€	5.000,00€	10.000,00€	
Intervistatori	Conduzione interviste/indagine	5.000,00€	5.000,00€	10.000,00€	
<b>Beni e servizi</b>					
Inserimento dati ed elaborazione		15.000,00€		15.000,00€	
Spese tipografiche		5.000,00€	15.000,00€	20.000,00€	
Servizi informativi per rete			12.000,00€	12.000,00€	
<b>Missioni</b>					
Riunioni intra e interregionali Supervisione attività progetto in loco Formazione		35.000,00€	35.000,00€	70.000,00€	
Spese generali		5.000,00€	8.000,00€	13.000,00€	
<b>Totale</b>		<b>182.000,00€</b>	<b>218.000,00€</b>	<b>400.000,00€</b>	

### PIANO FINANZIARIO GENERALE

Risorse	1° anno	2° anno	totale
Personale	122.000,00€	148.000,00€	270.000,00€
Beni e servizi	20.000,00€	27.000,00€	47.000,00€
Missioni	35.000,00€	35.000,00€	70.000,00€
Spese generali	5.000,00€	8.000,00€	13.000,00€
<b>Totale</b>	<b>182.000,00 €</b>	<b>218.000,00€</b>	<b>400.000,00 €</b>