

QUALITÀ OSPEDALIERA E QUALITÀ DELLA RISTORAZIONE: UN CONNUBBIO

Cook&chill: ruolo del Servizio di Dietetica e Nutrizione Clinica

Dr. Carlo Pedrolli, Dr Antonio Costa

Servizio di Dietetica e Nutrizione Clinica

APSS Prov. Aut. TN

Ospedale S. Chiara Trento

*Cook&chill: vi è un ruolo del
Servizio di Dietetica e Nutrizione
Clinica?*

Quanti Ospedali e quanti SDNC?

- Strutture nosocomiali considerate: 1080
- Strutture contattate (organico medico): 96
- Strutture che hanno risposto: 62

Indagine conoscitiva sui SDNC

L. Lucchin, C. Filanninno 1997

Gruppo Settore Qualità dell'Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica
*Proposte di definizione dei criteri
per accreditamento minimo
di un Servizio di Dietetica e Nutrizione Clinica*

**Funzioni indispensabili per configurare un Servizio o U.O.
di Dietetica e Nutrizione Clinica**

1.1 Ristorazione Ospedaliera

1.2 Consulenza specialistica per degenti

1.3 Nutrizione artificiale (N.E. E N.P.)

1.4 Attività ambulatoriale

1.5 Rapporti con il territorio

1.1 Ristorazione ospedaliera

- Presenza di Dietetico Ospedaliero
- Organizzazione e controllo dell'allestimento dei pasti a contenuto nutrizionale definito
- Partecipazione a commissioni per la stesura di capitolato e per l'aggiudicazione di gare per il Servizio di ristorazione
- Verifica qualità percepita dall'utenza

2. Prestazioni minime richieste

■ 2.1 Ristorazione Ospedaliera

- Presenza di accordi interni codificati per la partecipazione a commissioni per la stesura di capitolato e per l'aggiudicazione di gare per il Servizio di Ristorazione
- Verifica qualità percepita dall'utenza: almeno un rilevamento annuo

ADI Magazine 2000; 4, 2: 99-100

Ristorazione Ospedaliera e Servizi di Dietetica: perché?

Ristorazione ospedaliera: non un ulteriore aggravio per i Servizi di Dietetica e Nutrizione Clinica, ma un'opportunità per combattere la malnutrizione ospedaliera

C. Pedrolli, A. Costa

Servizio di Dietetica e Nutrizione Clinica, Ospedale S. Chiara Trento - APSS Provincia Autonoma di Trento

ADI MAGAZINE 2003; 7,3: 272- 276

Still hungry in hospital: identifying malnutrition in acute hospital admissions

I.E. Kelly, S. Tessier, A. Cahill, S.E. Morris, A. Crumley, D. McLaughlin, R.F. McKee and M.E.J. Lean¹

- In many cases the diet, instead of supporting treatment, is in active conflict with it and the patient only begins to derive full benefit from the care of his doctor after he has gone home

Robbie Fox , **THE LANCET** 1945, Jan
6 pag 19

Improvements are needed in hospital diets to meet dietary guidelines for health promotion and disease prevention

ADAM J. SINGER, MD; KATHLEEN WERTHER, MA, RD; MARION NESTLE, PhD, MPH

JADA 1998; 98:639-641



THE DIETETIC INTERFACE WITH
FOOD SERVICE

Catering in gestione diretta o esterna?

A Professional Consensus Statement

May 2002

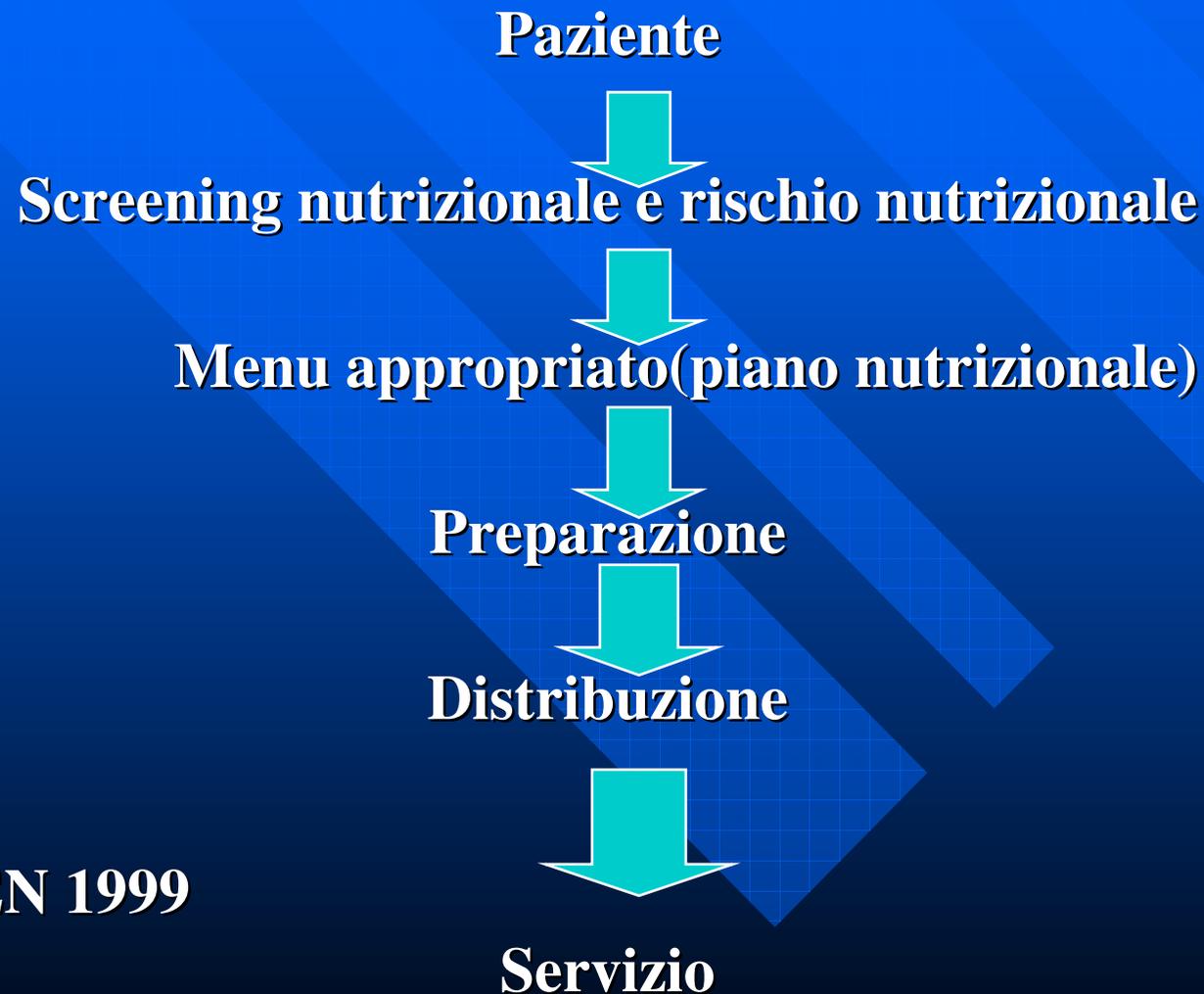
Catering: gestione diretta ed appaltata in Europa

	Gestione diretta	Gestione appaltata
Danimarca	Più comune	?. In aumento
Finlandia	≅ 100%	Non disp
Germania	96%	4% ma in ↑
Italia	Più comune	In ↑
Olanda	Più comune	10% ma in ↑
Portogallo	≅ 10%	≅ 90%
Slovenia	96%	4%
Inghilterra	50-60%	30-40%
Svezia	50%	50%

Food and nutritional care in Hospitals:

how to prevent undernutrition. COE Nov 2002

“Catena alimentare” ospedaliera



BAPEN 1999

Screening nutrizionale

Informazioni fondamentali:

- Stato nutrizionale
- Severità della malattia

Kondrup Nov. 2003

Necessità di sapere l'intake calorico

Ai pazienti si chiede quasi tutti i giorni se si sono scaricati o meno e tali informazioni sono registrate con diligenza; perché non fare lo stesso con quanto introducono giornalmente?

Mac Fie 1998

Ma esiste l'Europa nutrizionale?

Menu alberghiero			Menu su ind. Med.
	% prev.	% nutr.	
Italia	75-90%	30% Lip 15% Prot	10-25%
Germania	62%	41% Lip 12% Prot	28%
Olanda	60-80%	30-40% Lip 12-15% Prot	0-40%

Food and nutritional care in Hospitals:

how to prevent undernutrition. COE Nov 2002

Distribuzione pasti negli ospedali europei: orario e % caloriche

Paese	Pasto ed orario	% Cibo
Italia	<ul style="list-style-type: none"> ■ Colazione: 7-8:30 ■ Pranzo: 11-12:30 ■ Cena: 17-18 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 10-15% ■ 45-55% ■ 35-40%
Germania	<ul style="list-style-type: none"> ■ Colazione ■ Pranzo ■ Cena 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 33% ■ 34% ■ 33%
Finlandia	<ul style="list-style-type: none"> ■ Colazione: 7-8:30 ■ Snack: 9:30-10:30 ■ Pranzo: 11-12:30 ■ Spuntino: 14-15 ■ Cena: 17-18 ■ Spuntino 20-21 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 15-20% ■ 5-10% ■ 20-30% ■ 5-10% ■ 20-25% ■ 10-15%

Food and nutritional care in Hospitals:

how to prevent undernutrition. COE Nov 2002

Feeling riguardo principali bias nella situazione nutrizionale ospedaliera

- Mancato riconoscimento importanza della nutrizione nella assistenza ospedaliera
- Rara esecuzione “assessment” nutrizionale ed registrazione “intake calorico”
- Modesta considerazione della situazione ambientale nella quale l'alimentazione si svolge

**Food and nutritional care in Hospitals:
how to prevent undernutrition. COE Nov 2002**

Feeling riguardo principali bias nella situazione nutrizionale ospedaliera

- Non ci sono linee guida nazionali sulla nutrizione ospedaliera
- La maggior parte degli ospedali non hanno protocolli o linee guida di cura nutrizionale
- In molti ospedali mancano nutrizionisti e/o dietisti
- Nella maggior parte degli ospedali mancano i “team nutrizionali”

**Food and nutritional care in Hospitals:
how to prevent undernutrition. COE Nov 2002**

*Realtà attuale in Italia: parlare
di cook&chill significa parlare
di “outsourcing”*

■ Scelta del tipo di sistema:

- Possibilità sul mercato
- Praticabilità nel contesto ospedaliero interessato
- Motivazioni economiche, geografiche edilizie, personale presente in servizio e non diversamente collocabile, etc.
etc....

Cosa deve precisare un contratto?

- Aspetti organizzativi: obiettivi all'interfaccia servizio/paziente, igiene, qualità, ambiente dove consumare il pasto, condizioni di lavoro, team nutrizionale, identificazione di funzioni e responsabilità, incentivazione all'innovazione
- Aspetti caratterizzanti del servizio: quantità e tipo di cibo, qualità materie prime, frequenza dei pasti, spuntini e condizioni per eventuali supplementazioni dietetiche

Cosa deve precisare un contratto?

- Aspetti economico - finanziari:
regolamenti e leggi vigenti, prezzo del servizio e degli extra, condizioni di pagamento, gestione degli inconvenienti e dei disservizi
- Piano lavorativo “in cucina”:
funzionamento produzione, sistema di qualità, gestione della pulizia e igiene ambiente di lavoro, risorse umane, modalità di lavoro e di approvvigionamento

Cosa deve precisare un contratto?

- **Piano di lavoro cucina- reparto ospedaliero**: come gestire il rapporto reparto cucina, chi è l'interfaccia, responsabilità della consegna in Reparto, feedback reparto cucina
- **Qualità percepita dal paziente**: varie opzioni del menu, facilitazione scelta menu, ambiente gradevole di consumo dei pasti, “trasparenza” delle informazioni relative all'appalto

Cook&chill: ruolo del SDNC

■ Capitolato d'appalto: ruolo del SDNC:

- prima
- durante
- dopo

Embricazione fra cook&chill e precedente sistema in uso

- Assai importante la “fase transitoria”
- Pericolo di “sprecare” questo tempo di reciproca conoscenza nei confronti di un sistema, quello pregresso, che non ha più futuro in quella realtà
- Rischio che eventuali inefficienze vengano identificate con nuovo sistema anche se non è ancora partito!!!!

*Supporto per la ditta
aggiudicataria per l'iniziale
progettazione e realizzazione del
Centro di cottura o comunque di
produzione*

Dietetico ospedaliero: a working progress

- *Rivalutazione del dietetico e suo aggiornamento*
- *Adattamento dello stesso, ferme restando le proprietà nutrizionali e sensoriali, al nuovo sistema*

Dal dietetico al menu

- Ospedale per acuti, lungodegenze
- Particolari esigenze di patologie (p. es. disfagia)

Aiuto nella risoluzione degli inconvenienti

*Differenza fra il sistema “espresso” e
il sistema veicolato in genere ed in
particolare il “cook&chill” nella
ricerca degli inconvenienti*

Miscellanea

- Formazione e motivazione del personale
- Valutazione sensoriale
- Adeguato posizionamento stazioni di rigenerazione
- Sorveglianza nutrizionale:
 - controlli sistematici frequenti
 - controlli a campione meno frequenti ma più approfonditi
 - controlli su segnalazione

Nemici di un buon catering ospedaliero

- Mancanza di flessibilità
- Mancanza di personalizzazione
- Mancanza di assistenza al pasto

“Catena alimentare” ospedaliera

Paziente



Screening nutrizionale
e rischio nutrizionale



Menu appropriato



Preparazione



Distribuzione



Servizio

Elementi
trainanti

•Scienza
nutrizionale

•Politica
Nutrizionale

•Cultura
nutrizionale

*Kondrup Clin
Nutr 2001, 20
(5):153-160*

BAPEN 1999

Food as
treatment

Cook & chill: luci ed ombre

C. Pedrolli, A. Costa

Servizio di Dietetica e Nutrizione Clinica, Ospedale S. Chiara Trento

ADI Magazine 2003;7(3):264-265



...cuoco “sperimentatore” di nuove ricette, implacabile censore nella linea di produzione di tutto quello che non corrisponde a caratteristiche di qualità e gusto...

Cosa non deve fare il SDNC?



Conclusione/1

- Il SDNC ha un ruolo ben definito nel Catering ospedaliero in generale e nel sistema cook&chill in particolare
- Tale ruolo deve cercare il massimo delle sinergie con tutte le realtà interne ed esterne all'Ospedale che hanno anch'esse un ruolo nel “catering service”

Conclusione/2

SDNC

Serv. Alberghieri

Ospedale

Controlli

Amministrazione



Azienda di
Catering