



REPUBBLICA ITALIANA

Regione Lombardia

BOLLETTINO UFFICIALE

MILANO - GIOVEDÌ, 18 GIUGNO 2009

2° SUPPLEMENTO STRAORDINARIO

Sommario

D) ATTI DIRIGENZIALI

GIUNTA REGIONALE

D.G. Sanità

DECRETO DIRETTORE GENERALE 26 MAGGIO 2009 - N. 5250

(3.2.0)

Linee Guida per la ristorazione ospedaliera 3

Anno XXXIX - N. 122 - Poste Italiane - Spedizione in abb. postale - 45% - art. 2, comma 20/b - Legge n. 662/1996 - Filiale di Varese

D) ATTI DIRIGENZIALI

GIUNTA REGIONALE

D.G. Sanità

(BUR2008031)

D.d.g. 26 maggio 2009 - n. 5250

(3.2.0)

Linee Guida per la ristorazione ospedaliera

IL DIRETTORE GENERALE

Visto il Piano Sanitario Nazionale 2007-2009 adottato con d.p.c.m. del 7 aprile 2006 che rileva, tra l'altro, l'importanza della nutrizione come fattore di prevenzione e la responsabilità di diete non corrette nell'incremento cospicuo dell'incidenza di malattie croniche;

Visto il Piano Socio Sanitario Regionale 2007-2009 approvato con deliberazione del Consiglio regionale n. 257 del 26 ottobre 2006 ed in particolare il punto 3.3 (Sicurezza alimentare) che, tra l'altro, individua il tema della sicurezza alimentare quale obiettivo da perseguire per la tutela della salute attraverso il consumo di alimenti sicuri e la garanzia della qualità igienico sanitaria dei prodotti;

Vista la delibera di Giunta regionale 2 aprile 2008, n. 8/6918 «Piano Regionale 2008-2010 per la promozione della sicurezza e della salute negli ambienti di lavoro (a seguito di parere della Commissione Consiliare)» con la quale sono stati individuati gli obiettivi specifici di livello regionale e le linee direttrici cui ispirarsi per il raggiungimento degli stessi;

Visto il Piano Regionale di Sviluppo dell'VIII legislatura ed il collegamento con l'Obiettivo Operativo 2009 5.1.5.5 - Risk Management - Sviluppo di sistemi di analisi, valutazione e gestione del rischio»;

Viste le «Linee Guida per la Ristorazione Ospedaliera» approvate con d.d.u.o. n. 16901 dell'11 luglio 2001, con cui Regione Lombardia ha fornito gli strumenti di indirizzo e supporto metodologico, al fine di promuovere standard di qualità del servizio di ristorazione ospedaliera;

Considerata la necessità di provvedere ad un aggiornamento dei contenuti del suddetto documento alla luce dell'evoluzione della materia sotto il profilo normativo, tecnologico, gestionale, organizzativo ed economico;

Atteso che gli atti programmatici di cui sopra evidenziano l'interesse di Regione Lombardia a fornire indirizzi e criteri metodologici per la corretta gestione ed il controllo del servizio di ristorazione ospedaliera, nonché ad introdurre parametri di miglioramento in termini di attenzione al benessere della persona, con implicazioni sociali, relazionali, preventive ed educative;

Considerata l'opportunità di dedicare particolare attenzione ai problemi peculiari dell'alimentazione dei pazienti ospedalieri, caratterizzati da esigenze nutrizionali specifiche;

Richiamato il decreto del Direttore Generale Sanità n. 15371 del 6 dicembre 2007 con cui è stato costituito il gruppo di lavoro multidisciplinare per la revisione delle Linee Guida della Regione Lombardia per la Ristorazione Ospedaliera;

Preso atto del parere favorevole espresso dall'Area Sanità in merito ai contenuti del documento «Linee Guida per la Ristorazione Ospedaliera», nel corso della riunione del 25 marzo 2009, di cui al verbale in atti redatto in pari data;

Osservato che detto documento è stato presentato da questa Direzione Generale in occasione dell'incontro con i Direttori Generali delle Aziende Ospedaliere in data 6 aprile 2009;

Ritenuto quindi di approvare il documento «Linee guida per la Ristorazione Ospedaliera», allegato 1 al presente atto quale parte integrante, e di prevederne la pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito web della Direzione Generale Sanità, ai fini della diffusione dell'atto;

Vista la legge regionale 7 luglio 2008, n. 20 «Testo Unico delle Leggi Regionali in materia di Organizzazione e Personale» nonché i provvedimenti organizzativi dell'VIII legislatura;

DECRETA

1. di approvare il documento «Linee Guida per la Ristorazione Ospedaliera», allegato 1 al presente atto quale parte integrante;

2. di disporre la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito web della Direzione Generale Sanità.

Il direttore generale:
Carlo Lucchina

Direzione Generale Sanità**LINEE GUIDA PER LA RISTORAZIONE OSPEDALIERA****Maggio 2009****Presentazione**

La dimensione produttiva del servizio di ristorazione nelle strutture sanitarie lombarde può essere espressa nell'ordine di alcune centinaia di migliaia di somministrazioni (tra colazioni, pranzi, cene) ogni giorno; tale dimensione aumenta se si prendono in considerazione strutture che comunque erogano prestazioni di carattere sanitario, anche se hanno una finalità preminentemente assistenziale (strutture per lungo degenti, per malati terminali, Hospices, e simili).

Rilevanti sono gli aspetti della ristorazione ospedaliera, anche perchè sempre più integrati nel «sistema Sanità», tenuto conto dell'importanza di elevare il benessere della persona durante il ricovero ospedaliero mediante l'offerta di pasti sempre più idonei ad un'utenza diversificata per esigenze, situazione sociale e provenienza.

Mi sembra opportuno richiamare alcuni provvedimenti che, nei tempi più recenti, hanno caratterizzato l'attività della Regione Lombardia in materia:

- la deliberazione del Consiglio regionale VI/848 concernente la prevenzione e la sicurezza nei luoghi di lavoro in Lombardia, all'interno della quale è inserito un Progetto speciale concernente la prevenzione del rischio nel comparto Sanità in cui viene preso in considerazione anche l'aspetto del servizio di ristorazione e della prevenzione del rischio alimentare attraverso la definizione di criteri per l'erogazione ed il controllo di un servizio appropriato di ristorazione ospedaliera;

- la deliberazione della Giunta regionale n. 46582 del 26 novembre 1999 che individua i primi indicatori per l'attuazione del sistema della qualità nelle strutture sanitarie lombarde, ivi compresi anche i processi di supporto quale espressamente la sistemazione alberghiera;

- la deliberazione della Giunta regionale n. 1439 del 4 ottobre 2000 che individua anche per il comparto sanità l'obbligo dell'applicazione delle disposizioni in materia di igiene dei prodotti alimentari;

- la Circolare Regione Lombardia 52/SAN/2005: Introduzione dell'obbligo di registrazione e riconoscimento per le imprese nel settore alimentare;

- la legge regionale 11 dicembre 2006, n. 25: Politiche Regionali di intervento contro la povertà attraverso la promozione dell'attività di recupero e distribuzione dei prodotti alimentari a fini di solidarietà sociale;

- La legge regionale 6 aprile 2007, n. 8: Disposizioni in materia di attività sanitarie e socio-sanitarie. Collegato: Abroga fra le altre la Autorizzazione sanitaria ex art. 2 l. 283/62;

- la Circolare Regione Lombardia 11/SAN/2007 Prime indicazioni operative di carattere sanitario per l'applicazione della legge regionale n. 8 del 2 aprile 2007 «Disposizioni in materia di attività sanitarie e socio-sanitarie. Collegato».

Quanto contenuto nei sopra citati provvedimenti ha posto le basi per l'elaborazione delle presenti Linee Guida della Regione Lombardia per la ristorazione ospedaliera, come sviluppo di quelle approvate con decreto della Direzione Generale della Sanità, n. 16901 del 2001.

Ciò si è reso necessario anche sotto la spinta degli sviluppi normativi sia per quanto riguarda la legislazione in materia di sicurezza alimentare sia per quanto riguarda le normative in materia organizzativa del sistema sanitario.

Sono due aspetti strettamente connessi in quanto le recenti norme emanate in materia di sicurezza alimentare affidano agli operatori del settore (tra cui anche quelli che preparano e somministrano i pasti nelle strutture sanitarie) sempre maggiori responsabilità.

Infatti, oltre a superare l'adozione di provvedimenti autorizzativi preventivi, le leggi si limitano a definire i principi generali ed i requisiti fondamentali in materia di sicurezza alimentare, mentre vengono attribuiti all'operatore del settore alimentare:

- la responsabilità della sicurezza dei propri prodotti, che deve essere garantita predisponendo ed attuando procedure operative predefinite, con scelte tecniche ed operative idonee, verificandone l'efficacia mediante controlli e monitoraggi sulle stesse;

- la scelta delle soluzioni tecniche ed organizzative per garantire i requisiti di sicurezza alimentare stabiliti dalla normativa;
- l'obbligo di prevedere un sistema per la tracciabilità e la rintracciabilità dei prodotti alimentari;
- l'obbligo di provvedere al blocco, al ritiro o al richiamo dei prodotti usciti dallo stabilimento di produzione qualora si ipotizzino o si evidenzino pericoli per la salute dei consumatori, derivabili dal consumo di tali prodotti alimentari.

Siamo di fronte ad un'utenza complessa, con esigenze peculiari, particolarmente esposta al rischio, soprattutto quello di tipo microbiologico: quindi le linee guida prendono in considerazione gli aspetti di natura igienico-sanitaria (analisi del rischio, individuazione e messa in atto dei necessari dispositivi di prevenzione, affrontata in termini globali, prendendo in esame tutti gli aspetti critici coinvolti).

Le Linee Guida, tuttavia, affrontano in modo puntuale anche la complessità delle funzioni che ruotano attorno al processo di ristorazione in ospedale: preventiva, clinica, assistenziale ed alberghiera, senza trascurare la ricaduta dell'aspetto ristorazione sullo stato psicofisico e nutrizionale degli utenti.

L'elemento cardine delle Linee Guida è costituito dall'attenzione verso l'utente, che nel «Sistema Sanità» deve essere il fulcro in grado di azionare tutte le leve che muovono il sistema verso gli obiettivi di qualità e di efficienza che la Regione Lombardia ha individuato nel «Sistema Sano». Si individuano quindi le modalità più idonee per informare gli utenti e per comunicare con loro e con i loro famigliari, preoccupandosi di garantire una continuità qualitativa anche sotto il profilo nutrizionale, estesa al periodo successivo alla degenza.

Obiettivo delle Linee Guida è quello di costituire uno strumento utile per le strutture sanitarie per la definizione di metodi di lavoro, l'articolazione dei ruoli e delle responsabilità, le procedure gestionali ed operative fondamentali per un'efficace attuazione del servizio, nel rispetto delle norme e dei vincoli di budget.

Diventa infatti imprescindibile fornire all'operatore, in questo caso i responsabili delle strutture sanitarie, ulteriori strumenti che consentano di svolgere il mandato, nel rispetto degli obblighi e delle responsabilità di competenza e, nel contempo, tutelando la salute dei lavoratori che operano nelle strutture e degli utenti che, per necessità, alle stesse accedono.

*L'Assessore Regionale alla Sanità
Luciano Bresciani*

Indice

1. Introduzione
2. Il quadro normativo
 - 2.1 Disposizioni in materia di sicurezza alimentare
 - 2.2 Disposizioni in materia di sicurezza sul luogo di lavoro
3. La qualità del servizio di ristorazione ospedaliera
 - 3.1 La Carta del Servizio
 - 3.2 Obiettivi e finalità del Servizio
 - 3.3 Le modalità e gli strumenti operativi
4. L'attività di ristorazione: i menù e le diete
 - 4.1 La giornata alimentare del paziente a dieta libera: «il menù base»
 - 4.2 La giornata alimentare del paziente pediatrico a vitto comune
 - 4.3 La giornata alimentare del degente immunodepresso
 - 4.4 Il menù base corretto
 - 4.5 La giornata alimentare del paziente con specifiche necessità dietico-nutrizionali: le diete standard e le diete speciali personalizzate
5. Valutazione del servizio e progettazione del cambiamento
 - 5.1 L'autovalutazione delle necessità
 - 5.2 Criteri per la redazione di un capitolato
6. La formazione degli addetti

APPENDICE 1

- A) Disposizioni in materia di sicurezza alimentare
- B) Disposizioni in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro

APPENDICE 2

- A) D.lgs. 5 aprile 2006, n. 190: sanzioni previste per le violazioni al Regolamento CE 178/2002
 - B) D.lgs. 6 novembre 2007, n. 193 (articolo 6) sanzioni previste per le violazioni ai Regolamenti CE 852/2004, 853/2004 e 2073/2005
- Gruppo di lavoro

1. INTRODUZIONE

La Regione Lombardia ha condotto un'indagine conoscitiva nel 2005, e successivamente nel periodo maggio-luglio 2007, in collaborazione con l'Università degli Studi di Milano (Dipartimento di scienze e Tecnologie Veterinarie per la Sicurezza Alimentare), sulla ristorazione nelle strutture ospedaliere pubbliche.

L'indagine, svolta attraverso l'invio di questionari specifici, aveva l'obiettivo di fotografare la realtà della ristorazione ospedaliera della Lombardia per creare un percorso di conoscenza e analisi delle strutture, dei modelli organizzativi, gestionali e di approvvigionamento con il fine, quindi, di:

1. allineare il servizio ospedaliero alle reali esigenze degli utenti offrendo un adeguato servizio ed un'adeguata comunicazione, anche attraverso la redazione di una Carta del Servizio;
2. realizzare un percorso integrato ove la ristorazione sia consapevolmente gestita come una parte essenziale delle cure fornite;
3. creare un servizio di ristorazione che tenga in considerazione la vocazione e la complessità organizzativa dell'ente ospedaliero relativamente ai tempi di degenza media e alla tipologia degli utenti (bambini, anziani, pazienti oncologici, ecc.) e nel rispetto delle esigenze del personale della struttura;
4. trasformare uno dei punti deboli dell'organizzazione degli ospedali, la ristorazione, in un punto di miglioramento complessivo del sistema, ove l'alimentazione si integri nel percorso di miglioramento delle cure;
5. implementare il benessere della persona durante il ricovero nelle strutture ospedaliere offrendo pasti idonei ad un'utenza sempre più diversificata per esigenze, situazione sociale e provenienza;
6. predisporre strategie integrate di correzione di comportamenti alimentari non congrui durante e dopo il periodo di ricovero;
7. predisporre programmi integrati con il territorio con lo scopo di ridurre le emissioni inquinanti e la produzione di rifiuti, nonché di recuperare, a fini di solidarietà sociale, gli alimenti non utilizzati e di valorizzare i prodotti del territorio a sostegno delle economie locali;
8. analizzare i modelli di organizzazione e le azioni sinergiche tra Amministrazioni Pubbliche ed aziende private al fine di utilizzare al massimo le potenzialità delle strutture del territorio e di aggregarne le risorse;
9. verificare la presenza di figure con profili professionali specifici connesse al processo di ristorazione, cui attribuire livelli di progettualità e di responsabilità;

10. valutare le modalità di gestione del rischio tossinfettivo e della sicurezza alimentare.

L'indagine operata nelle strutture sanitarie lombarde ha posto in evidenza che gli orari di somministrazione e consumo dei pasti si sono notevolmente avvicinati agli orari domestici di fruizione del pasto, in particolar modo per quanto concerne il consumo della cena.

| | Orari di somministrazione | Indagine 1999 | Indagine 2005 |
|-----------|---------------------------|---------------|---------------|
| Colazione | Prima delle 7,30 | 26,4% | 21% |
| | Dopo le 7,30 | 73,6% | 79% |
| Pranzo | Prima delle 11,30 | 4,6% | 1% |
| | Dalle 11,30 alle 12 | 45,1% | 19% |
| | Dalle 12 | 50,3% | 80% |
| Cena | Prima delle 18 | 19% | 4% |
| | Dalle 18 alle 19 | 70,1% | 4% |
| | Dalle 19 | 10,9% | 92% |

Un elemento di straordinaria importanza, al fine di riscontrare il gradimento dell'utenza, attiene ai tempi ed agli orari del pasto nell'ottica di andare incontro non solo ai ritmi delle attività sanitarie, ma anche alle abitudini alimentari della popolazione.

Il pasto non assolve solo il compito di soddisfare il bisogno primario di nutrirsi, ma anche la necessità di un momento di convivialità e di comunicazione interpersonale recuperando con il cibo un rapporto positivo.

Il momento del pasto, vissuto in modo consapevole, può diventare un momento forte di educazione alimentare, può consentire di valutare attentamente le proprie esigenze nutritive e di constatare la varietà e la stagionalità degli alimenti utilizzabili al fine di assicurare un'alimentazione sana e bilanciata.

Non di minore importanza è la tradizione gastronomica della popolazione di riferimento, in particolare in un'epoca culturalmente e religiosamente multietnica.

Obiettivi da perseguire

Appare, dunque, evidente che l'organizzazione di un servizio di ristorazione all'interno di un'istituzione sanitaria deve rispondere ad una grande sfida, con obiettivi ambiziosi: obiettivi sia di qualità igienico-sanitario-nutrizionale, sia di gradimento del pasto.

La nutrizione di un soggetto ospedalizzato infatti, in ogni sua forma, va intesa come terapia a carico della struttura ospedaliera.

A seguito dell'entrata in vigore del cosiddetto «Pacchetto Igiene» e di ulteriori normative specifiche, gli operatori che appartengono o interagiscono con la filiera agroalimentare si trovano oggi ad affrontare un ampio spettro di responsabilità, che prescindono da ruoli, dimensione ed organizzazione; la complessità di tale situazione genera incertezze e costi per adeguare le procedure e le certificazioni.

Per questi motivi chi si occupa di ristorazione ospedaliera deve mirare a raggiungere la qualità totale, intesa come sintesi degli elementi sopracitati, qualità perseguibile mediante:

- l'implementazione del servizio dietetico ospedaliero;
- lo sviluppo di menù vari ed appetibili;
- l'attenzione ai sapori della tradizione locale;
- il soddisfacimento dei fabbisogni energetici e nutrizionali dei fruitori in considerazione delle patologie da cui sono affetti.

Si sottolinea l'importanza di garantire un coordinamento efficace di tali attività, che consenta di integrare obiettivi e parametri interdisciplinari: sicurezza igienico-nutrizionale ed obiettivi di ordine gastronomico, economico ed organizzativo.

Occorre, peraltro, ricordare che obiettivi così complessi richiedono anche la progettazione di programmi formativi continui, specifici per i professionisti del servizio di ristorazione.

L'intento di questo documento di indirizzo e di supporto metodologico è di consentire alle strutture sanitarie di ridefinire i metodi, l'articolazione dei ruoli e delle responsabilità, le procedure gestionali ed operative fondamentali, per un'efficace attuazione del servizio, tenuto conto non più meramente degli aspetti inerenti la qualità e la sicurezza alimentare e nutrizionale, ma riformulando la traiettoria nella direzione di una maggiore attenzione agli aspetti di gradevolezza ed appetibilità.

Ribadendo l'estrema importanza della normativa igienico sanitaria sul controllo ufficiale e sull'autocontrollo dei sistemi di qualità aziendali, l'integrazione delle Linee Guida di Regione Lombardia emanate nell'anno 2001, mira ad un'ulteriore passo in avanti nell'ambito dell'attenzione verso il cittadino-utente, il quale diviene sempre più il baricentro delle politiche e dei servizi a lui rivolti, nella consapevolezza che l'obiettivo ultimo rimane quello di perseguire il soddisfacimento dei suoi bisogni, anche di quelli che non vengono manifestamente espressi.

Alcune situazioni che possono emergere dal momento del ricovero come:

- mancata registrazione del peso e dell'altezza;
- limitata disponibilità di metodi di valutazione dello stato nutrizionale;
- assenza di interazione tra gli operatori;
- non conoscenza degli effetti delle varie vie di somministrazione;
- ritardo nell'inizio del supporto nutrizionale;
- mancato monitoraggio dello stato nutrizionale durante la degenza;

costituiscono fattori di rischio per il paziente, in considerazione di quanto la malnutrizione possa incidere negativamente sulla prognosi.

La carenza di consapevolezza sull'importanza della nutrizione clinica e sullo stato nutrizionale suggerisce la necessità di un'educazione specifica e l'attuazione di protocolli condivisi.

Su questa tematica interviene, nel novembre 2003 a Strasburgo, il Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa, il quale, considerando gli effetti benefici di una corretta alimentazione, e ricordando l'elevata percentuale di pazienti denutriti negli ospedali europei, raccomanda che i governi degli stati membri:

- redigano ed implementino raccomandazioni nazionali sull'alimentazione e sulla terapia nutrizionale negli ospedali pubblici e nelle strutture sanitarie private sulla base di quanto definito nell'appendice annessa alla risoluzione;
- promuovano l'applicazione di tali raccomandazioni nelle strutture pubbliche e private;
- promuovano la diffusione di tali raccomandazioni tra tutte le parti coinvolte: autorità pubbliche, personale ospedaliero, servizi di medicina primaria, pazienti, ricercatori e organizzazioni non governative attive in questo campo.

In considerazione di ciò si intende raggiungere i seguenti obiettivi:

- descrivere e misurare lo stato dell'arte della ristorazione ospedaliera e della gestione del suo processo;
- definire un protocollo e le indicazioni operative per la prevenzione, la diagnosi precoce ed il trattamento della malnutrizione ospedaliera;
- avvicinare il momento del pasto in ospedale alla quotidianità del paziente e non solo ai tempi dell'organizzazione ospedaliera;
- elevare il livello qualitativo dei pasti, rendendoli più validi sotto il profilo nutrizionale e più gradevoli dal punto di vista sensoriale, anche implementando nuove tecnologie volte a migliorare la logistica distributiva e gestionale del servizio;
- rivedere criteri e modalità di approvvigionamento delle materie prime secondo una logica di filiera corta e sostenibile, favorendo l'utilizzo di prodotti che esprimano la tipicità delle produzioni agroalimentari del territorio e rispettando i criteri di stagionalità;
- individuare e sperimentare modelli ecosostenibili della ristorazione collettiva;
- migliorare la qualità della trasformazione della materia prima e del servizio dei pasti;
- definire nei capitolati di appalto percorsi di aggiornamento per il personale addetto all'approvvigionamento e alle cucine;
- individuare percorsi di aggiornamento per il personale ospedaliero medico e tecnico-assistenziale addetto alla definizione della dieta del paziente e alla prenotazione dei pasti;
- rivedere i criteri di definizione dei capitolati d'appalto secondo una logica premiante la qualità del servizio e del pasto;
- disegnare percorsi formativi ad hoc per personale con competenze economiche e gestionali.

La Regione Lombardia, oltre a fornire indirizzi, linee guida

e criteri metodologici per una corretta gestione ed un efficace controllo del servizio di ristorazione ospedaliera, introduce, con le presenti Linee Guida, parametri di miglioramento in termini di attenzione al benessere della persona, con implicazioni sociali, relazionali, educative e preventive.

Il sistema che questo documento vuole delineare ha come obiettivo principale la massimizzazione del comfort del paziente attraverso la programmazione, la produzione/erogazione di pasti, il controllo e la comunicazione.

Deve inoltre essere implementata, soprattutto in un'ottica di prevenzione, la stesura di indicazioni nutrizionali e/o dietetiche specifiche da consegnare al paziente al momento della dimissione.

2. IL QUADRO NORMATIVO

Di seguito, vengono descritti i principali aspetti riguardanti lo svolgimento delle attività connesse alla ristorazione ospedaliera, in applicazione di quanto previsto dalla normativa emanata in proposito a livello comunitario e nazionale, nonché dalle disposizioni applicative locali.

Per opportunità, in appendice, vengono riportate alcune tabelle riassuntive contenenti i riferimenti normativi di particolare interesse per la materia in questione, per quanto attiene la sicurezza alimentare e la tutela degli addetti.

2.1 Disposizioni in materia di sicurezza alimentare

Principi generali

Il quadro normativo in materia di sicurezza alimentare è, al momento, in notevole evoluzione in considerazione delle recenti disposizioni a livello comunitario (regolamenti e direttive), che tendono sempre più a superare le specifiche normative di settore, limitandosi a fissare gli obiettivi (che cosa) e demandando alla responsabilità dell'operatore alimentare l'individuazione di requisiti e modalità specifiche con cui raggiungere detti obiettivi (come).

La normativa definisce come operatore del settore alimentare la persona fisica o giuridica responsabile di garantire il rispetto delle disposizioni della legislazione alimentare nell'impresa alimentare posta sotto il suo controllo (Regolamento CE 178/2002)

In questo processo evolutivo devono, inoltre, essere compresi da un lato i provvedimenti adottati a livello nazionale e regionale in applicazione delle suddette disposizioni e, dall'altro, le disposizioni che, pur non essendo state oggetto di specifiche abrogazioni, hanno tuttavia perso valenza dal punto di vista sostanziale.

Va anche precisato che l'emanazione delle disposizioni comunitarie ha determinato un ampio lavoro di riorganizzazione normativa, particolarmente complesso sia sotto il profilo istituzionale sia sotto il profilo tecnico.

Negli ultimi anni, ovvero a partire dall'emanazione del Regolamento CE 178/2002 e successivamente con i regolamenti del cosiddetto «Pacchetto Igiene» e i conseguenti atti necessari per la loro applicazione (ulteriori regolamenti comunitari, leggi nazionali, Intese e Accordi Stato-Regioni, provvedimenti delle regioni medesime) si è assistito in modo particolare:

- alla fissazione dei principi generali per quanto attiene i requisiti organizzativi e strutturali delle imprese alimentari, all'interno di disposizioni normative applicabili a tutte le tipologie di alimenti;
- all'individuazione dei requisiti organizzativi e dei criteri operativi che devono caratterizzare le strutture che svolgono l'attività di controllo ufficiale;
- alla determinazione di alcuni aspetti procedurali che devono essere posti in atto in situazioni di rischio;
- alla fissazione di requisiti qualitativi per alcuni prodotti di particolare rilevanza ai fini della sicurezza alimentare.

I principi generali introdotti da questi Regolamenti possono essere così sintetizzati:

1. il soggetto principale non è più lo stabilimento, il laboratorio o l'esercizio commerciale (cioè il luogo in cui si svolge l'attività), ma l'operatore del settore alimentare (cioè chi svolge l'attività);

2. la responsabilità principale della sicurezza dei prodotti alimentari è in capo all'operatore del settore alimentare in relazione alla fase (produzione, trasformazione, distribuzione) sotto il suo controllo;

3. le modalità con cui conseguire l'obiettivo della sicurezza ali-

mentare sono individuate dall'operatore medesimo che adotta le soluzioni tecniche più adeguate, predispone ed attua procedure operative predefinite, basate sui principi dell'HACCP (Hazard Analysis Critical Control Point) di cui deve verificare l'efficacia mediante controlli e monitoraggi;

4. l'operatore del settore alimentare deve assicurare un sistema per la tracciabilità e la rintracciabilità dei prodotti alimentari;

5. l'operatore del settore alimentare, qualora si ipotizzino o si evidenzino pericoli per la salute dei consumatori, derivabili dal consumo di prodotti alimentari ha l'obbligo di provvedere al blocco dei prodotti ancora sotto il suo controllo, nonché al ritiro o al richiamo dei prodotti usciti dallo «stabilimento».

Sulla base di quanto stabilito dal Regolamento CE 178/2002 per il ritiro e il richiamo possono essere fornite le seguenti definizioni:

Ritiro: qualsiasi misura dell'operatore o dell'autorità competente da attuare al fine di impedire l'offerta al consumatore di un prodotto non conforme ai requisiti di sicurezza alimentare

Richiamo: qualsiasi misura di ritiro del prodotto rivolta anche al consumatore finale, da attuare quando altre misure risultino insufficienti a conseguire un livello elevato di tutela della salute;

6. compito dell'autorità competente è principalmente quello di verificare che le procedure applicate siano in grado di garantire i requisiti di sicurezza che devono avere i prodotti alimentari. In Italia l'autorità competente è articolata su più livelli, con ruoli e compiti diversi:

- il Ministero della Salute;
- le Regioni e le Province Autonome;
- le Aziende Sanitarie Locali.

Quanto esposto nei paragrafi del presente capitolo e nei capitoli successivi evidenzia come la struttura ospedaliera, in relazione alla soluzione organizzativa adottata per il servizio di ristorazione e di conseguenza al livello di coinvolgimento, possa essere considerata come operatore del settore alimentare.

Resta inteso che, laddove la struttura ospedaliera metta a disposizione locali e/o impianti per l'effettuazione del servizio, deve preoccuparsi che gli stessi consentano un adeguato svolgimento dell'attività e siano rispondenti ai requisiti di legge.

Prerequisiti

Le strutture e l'organizzazione

Le attività coinvolte (come, ad esempio, la preparazione, la cottura, la conservazione, la distribuzione), in relazione alle scelte organizzative aziendali, possono svolgersi in tutto o in parte presso la struttura ospedaliera: tuttavia, indipendentemente dallo svolgimento di tutto il ciclo della produzione del pasto o solo di alcune fasi, ogni attività svolta deve essere caratterizzata da alcuni elementi fondamentali per la tutela della salute dei degen- ti e degli stessi addetti, quali:

- l'utilizzo di ambienti idonei;
- un'attenta scelta di attrezzature e materie prime;
- un'appropriata organizzazione del lavoro;
- la formazione delle persone impegnate.

Come per altre attività economiche, anche nel settore della ristorazione ospedaliera, può verificarsi il caso che l'operatore si avvalga, per lo svolgimento di alcune fasi di lavorazione o di autocontrollo (distribuzione, manutenzione, sanificazione, disinfe- stazione, ecc.), di imprese esterne: si rammenta che, in questi casi, l'operatore (quindi anche la direzione ospedaliera) è tenuto a garantire che le prestazioni rese da terzi per suo conto siano svolte nel rispetto delle normative vigenti. Il prestatore d'opera, a sua volta, deve essere in grado di fornire prova di ciò al com- mittente.

La registrazione

A fianco delle disposizioni emanate a livello europeo e a livello nazionale devono essere tenuti presenti i più recenti provvedi- menti emanati a livello regionale, sia per quanto concerne le nor- mative specifiche riguardanti l'organizzazione del sistema sanita- rio regionale, sia in relazione agli adempimenti connessi all'atti- vità di preparazione e somministrazione di prodotti alimentari.

La ristorazione ospedaliera, avendo come oggetto la fornitura di pasti ai degen- ti, rientra nella categoria della ristorazione collettiva ed è quindi soggetta alle normative tecniche e procedurali in materia di sicurezza alimentare.

Quindi anche per la ristorazione ospedaliera si applica la pro-

cedura relativa alla registrazione prevista dal Regolamento CE 852/2004 secondo le modalità fissate con i più recenti provvedimenti regionali in materia di semplificazione amministrativa.

Tale procedura comporta, al momento dell'avvio dell'attività, la presentazione allo sportello Unico per le imprese del comune in cui è localizzata la struttura ospedaliera della Dichiarazione di Inizio Attività Produttiva (DIAP), che vale anche come notifica ai fini della registrazione.

La dichiarazione viene presentata dall'operatore del Settore ovvero dalla Direzione generale o dal legale rappresentante della struttura ospedaliera (o da chi è delegato a tale funzione) nel caso di gestione diretta, oppure dalla ditta appaltatrice nel caso in cui il servizio sia esternalizzato.

Pertanto, per gli aspetti di corresponsabilità sopra descritti, è opportuno che la dichiarazione sia sottoscritta da entrambe le parti, fornendo, ognuno per la rispettiva competenza, tutte le documentazioni necessarie.

La dichiarazione deve essere puntualmente aggiornata in occasione di variazioni che coinvolgono gli aspetti strutturali, procedurali e produttivi, come anche quelli di natura organizzativa aziendale.

La rintracciabilità

Gli adempimenti concernenti l'obbligo della rintracciabilità hanno come finalità di evitare rischi per la salute dei degenti qualora venga evidenziata una possibile condizione di rischio o, comunque, una non conformità rispetto ai requisiti di sicurezza cui all'art. 14 del Regolamento CE 178/2002.

Essi si integrano con le procedure per garantire la sicurezza alimentare (autocontrollo e sistemi di verifica), nel quadro più generale delle procedure adottate dalla struttura ospedaliera per la gestione del rischio sanitario.

In relazione alla soluzione organizzativa scelta, le procedure in materia di rintracciabilità devono consentire di individuare:

- a) i fornitori
 - delle materie prime;
 - dei prodotti da sottoporre ad ulteriore trasformazione;
 - dei pasti pronti al consumo o veicolati;
- b) i prodotti utilizzati.

In caso di necessità, dette informazioni dovranno essere messe a disposizione sia dell'autorità competente sia di fornitori e utenti.

È importante sottolineare come anche i materiali a contatto degli alimenti sono sottoposti al regime di rintracciabilità: quindi le procedure sopra descritte come, del resto, quelle generalmente riguardanti l'autocontrollo, dovranno prendere in considerazione anche questo particolare aspetto.

La documentazione concernente le informazioni necessarie per una corretta gestione del sistema di rintracciabilità deve essere conservata, fatta salva l'applicazione di norme più specifiche di natura sanitaria o fiscale, per un congruo periodo di tempo in relazione ai prodotti cui si riferisce.

Si ritiene opportuno, al proposito, richiamare quanto detto nel decreto della Direzione Generale Sanità 13018 del 5 novembre 2007, relativo agli adempimenti connessi all'attivazione del sistema d'allerta, dove, pur se a titolo indicativo, si individuano i seguenti criteri di congruità temporale:

- 3 mesi, per i prodotti freschi;
- 6 mesi successivi alla data di conservazione del prodotto deperibile, per i prodotti «da consumarsi preferibilmente entro il»;
- 12 mesi successivi alla data di conservazione consigliata, per i prodotti «da consumarsi preferibilmente entro»;
- 2 anni successivi, per i prodotti per i quali non è prevista dalle norme vigenti l'indicazione del termine minimo di conservazione né altra data.

Le procedure e i sistemi di autocontrollo

È l'insieme delle procedure prestabilite dall'operatore per individuare ogni fase della propria attività che potrebbe rivelarsi critica per la sicurezza igienica degli alimenti.

Le procedure devono essere fissate in relazione alla tipologia di attività, quindi in relazione alle esigenze dei prodotti, alle caratteristiche strutturali e organizzative (numero e ampiezza dei locali, destinazioni dei singoli spazi dedicati alle varie attività svolte, ai materiali impiegati, ecc.), nonché a tutte quelle soluzioni che vengono adottate laddove la normativa vigente ne affida l'individuazione alla responsabilità all'operatore («ove necessa-

rio», «qualora opportuno», «a giudizio dell'operatore del settore alimentare», ecc.).

La scelta di un materiale determina procedure operative (verifica, manutenzione, pulizia, ecc), conseguenti.

Si ribadisce il principio fondamentale, sopra precisato, che con le scelte strutturali e con le conseguenti procedure operative adottate, l'operatore deve essere in grado di rispettare le norme vigenti ed i requisiti di sicurezza alimentare e deve pertanto verificarne l'efficienza e l'efficacia.

Pertanto, l'operatore del settore alimentare, nell'ambito delle procedure di validazione e verifica del piano di autocontrollo, e laddove altre misure non consentano di garantire la sicurezza alimentare, provvede ad inserire opportuni sistemi di controllo analitico, individuando, in relazione alle procedure utilizzate e sulla base di quanto disposto dalla normativa vigente, frequenze, modalità di campionamento, metodi di analisi, valori di accettabilità, ecc.

Tali controlli dovranno verificare il rispetto dei criteri di sicurezza alimentare e dei criteri di igiene del processo ovvero dovranno dimostrare la correttezza e l'efficacia dei processi posti sotto il proprio controllo.

Occorre tener presente che per l'effettuazione di controlli analitici sui vari momenti dell'attività, nel caso non si disponga di proprio laboratorio, è necessario avvalersi di laboratori a ciò ritenuti idonei e iscritti nei registri regionali.

Nell'interpretazione dei risultati delle analisi condotte in regime di autocontrollo, l'operatore del settore alimentare deve considerare inaccettabili tutti i risultati non in conformità con il limite stabilito.

Il mancato rispetto dei criteri di sicurezza alimentare deve portare l'operatore del settore all'adozione delle pertinenti azioni correttive, così come previsto dalle procedure di autocontrollo.

Il mancato rispetto dei criteri di igiene del processo deve portare l'operatore a prendere le opportune azioni correttive al fine di riportare il processo sotto controllo.

In ogni caso, le disposizioni di cui all'articolo 5 della legge 283/1962, e più specificatamente i disposti di cui alle lettere c) e d), continuano ad essere applicabili con riferimento ai limiti stabiliti nei regolamenti comunitari in connessione alla previsione di cui all'articolo 14 del Regolamento CE n. 178/2002.

Il controllo ufficiale

Le disposizioni comunitarie provvedono ad individuare gli «strumenti del controllo ufficiale» (art. 2 del Reg. CE 882/2004 e dall'art. 2 del Reg. CE 854/2004), che possono essere così descritti:

- **monitoraggio:** registrazione di dati riferiti ad un fenomeno;
- **sorveglianza:** utilizzazione delle informazioni raccolte (eventualmente attraverso il monitoraggio), per verificare l'andamento di un fenomeno rispetto a requisiti o norme del modello di riferimento e per prendere le conseguenti decisioni;
- **verifiche ed ispezioni:** consentono di valutare la conformità ai requisiti o ai parametri di legge solo nel preciso momento in cui vengono eseguite;
 - **campionamento:** prelievo di prodotti alimentari (materie prime, prodotti intermedi, prodotti finiti) eseguito con metodologie appropriate;
 - **audit:** permette di valutare la probabilità di mantenere il rispetto dei requisiti nel tempo o la capacità di raggiungere determinati obiettivi prefissati.

Per effetto dell'articolo 10 del Regolamento CE 882/2004 il campo di applicazione del controllo ufficiale può essere così individuato:

a) aziende in cui avvengono le fasi di produzione, preparazione e distribuzione di alimenti e mangimi (compresa la produzione primaria): installazioni, macchinari, mezzi di trasporto, locali di lavorazione, deposito, nonché uffici e adiacenze, ecc.;

b) materie prime, ingredienti, coadiuvanti tecnologici e altri prodotti utilizzati per la produzione, preparazione e distribuzione di alimenti e mangimi;

c) prodotti semilavorati;

d) materiali e articoli destinati ad entrare in contatto con i prodotti alimentari;

e) prodotti e procedimenti di pulizia e di manutenzione, sanificazione, disinfezione e disinfestazione ed eventuali trattamenti;

f) etichettatura, presentazione e pubblicità dei prodotti alimentari;

g) documentazione inerente le procedure operative e i sistemi di verifica.

Gestione delle non conformità

Una non conformità può essere rilevata in una delle seguenti fasi:

- in sede di autocontrollo;
- in sede di controllo ufficiale;
- in seguito al verificarsi di un episodio di intossicazione o tossinfezione alimentare;

• a seguito di esposti e segnalazioni da parte degli utenti.

Il rilievo della non conformità può scaturire:

- dall'esito di un controllo analitico;
- dall'esito dei controlli e delle verifiche sugli aspetti strutturali, procedurali, documentali, ecc. in relazione a quanto stabilito dalle vigenti disposizioni in materia di sicurezza alimentare e di sicurezza dei consumatori;

• dalle conseguenze effettive o potenziali derivanti dal consumo del prodotto sulla salute dei consumatori.

Il riscontro della non conformità deve portare l'operatore ad adottare, come detto in precedenza, le necessarie azioni correttive.

Un primo aspetto riguarda la rispondenza dei prodotti alimentari ai criteri di sicurezza: deve essere tenuto presente che quando un alimento non risponde a tali requisiti, o comunque non è idoneo al consumo, in base a quanto stabilito dall'articolo 14 del Regolamento CE 178/2002, viene considerato «a rischio» e pertanto deve essere sottoposto alle procedure di ritiro/riciamo.

Tale adempimento, per avere efficacia, deve basarsi su idonei sistemi per individuare «il percorso» dell'alimento e, quindi, su un idoneo sistema di rintracciabilità.

Come detto in precedenza questo adempimento riguarda anche la situazione peculiare della ristorazione ospedaliera.

Qualora sia necessaria l'attivazione delle procedure di richiamo deve essere data comunicazione all'autorità competente.

Contestualmente l'operatore deve attivarsi al fine di individuare e rimuovere le cause della non conformità, verificando l'efficacia dell'intervento adottato e modificando di conseguenza le procedure in uso.

Nel caso in cui le non conformità siano evidenziate in sede di controllo ufficiale, sarà l'autorità competente che richiederà all'operatore del settore alimentare di porre rimedio alla situazione, con modalità e tempi compatibili con le esigenze di sicurezza alimentare, ferma restando l'adozione dei dovuti provvedimenti amministrativi o giudiziari.

La medesima autorità adotterà gli opportuni interventi qualora sia necessario un immediato intervento a tutela della sicurezza dei consumatori al fine di garantire che nessun prodotto potenzialmente contaminato possa essere immesso al consumo.

Il Reg. CE 882/2004 dispone, all'articolo 9, che l'autorità che esegue i controlli ufficiali ne documenti, accanto agli obiettivi e ai metodi applicati, i risultati.

La documentazione deve essere sempre lasciata a disposizione dell'operatore interessato.

È importante sottolineare che le modalità di registrazione e di comunicazione all'operatore del settore alimentare della non conformità rilevata, siano tali da permettere all'operatore di comprendere il tipo, la natura, la localizzazione e l'estensione della non conformità in modo da poter adottare le più pertinenti azioni correttive.

Naturalmente, e ciò riguarda sia l'autorità di controllo sia l'operatore, ogni non conformità riscontrata, di qualsiasi natura essa sia (strutturale, gestionale, procedurale, documentale, ecc.), deve essere documentata, registrata e verificata nella sua risoluzione.

Le azioni correttive

Va, innanzitutto, richiamato quanto in precedenza affermato, ovvero che non è un compito dell'organismo del controllo ufficiale indicare le azioni correttive da adottare, ma solo di verificarne non solo l'adozione entro i termini prescritti, ma anche la congruità, la completezza e l'efficacia.

In linea di principio, in una azione correttiva possiamo distin-

guere quattro momenti, nei quali, ognuno dei soggetti coinvolti (operatore e autorità di controllo), interviene con tempi e ruoli appropriati.

1. Trattamento della non conformità

È, di norma, l'aspetto di più semplice applicazione. Si tratta infatti di porre rimedio a una situazione di non conformità agendo sui suoi effetti ultimi rilevabili oggettivamente nel corso dell'ispezione (pulizia di locale, attrezzatura o utensile, riparazione di un impianto guasto, richiamo di un operatore a comportamenti conformi, ecc.).

L'effettiva conduzione delle misure di cui sopra e i relativi esiti devono essere adeguatamente documentati dall'operatore del settore alimentare al fine di permettere all'autorità di controllo di verificarne l'adeguatezza.

Qualora vi fosse il sospetto che la non conformità può rendere non sicuri gli alimenti, occorrerà provvedere alla identificazione, segregazione e trattamento degli alimenti contaminati o a rischio di contaminazione, nonché adottare i provvedimenti necessari.

2. Identificazione e rimozione della causa

L'identificazione e la rimozione della causa sono probabilmente gli aspetti più complessi dell'azione correttiva. Va precisato che l'effetto (es. mancanza di pulizia) non deve essere confuso con la causa: eliminare l'effetto non è sufficiente se non si è individuata ed eliminata la causa o le cause.

Si deve sottolineare come la rimozione di alcune cause, per esempio una inadeguata formazione o motivazione del personale o la sostituzione o l'adeguamento di un impianto, potrebbe richiedere tempi anche lunghi: in queste situazioni, nel periodo che trascorre tra la notifica della non conformità e il completamento dell'azione correttiva, l'operatore del settore alimentare dovrà essere in grado di dimostrare all'autorità di controllo (che dovrà comunque verificare tale condizione) di essere comunque in grado di garantire il raggiungimento degli obiettivi della norma.

3. Verifica dell'efficacia delle misure adottate

L'attività di verifica, da parte dell'operatore alimentare, dell'efficacia delle misure adottate è la logica conseguenza del punto precedente.

L'autorità di controllo deve verificare che, a seguito dell'eliminazione delle cause identificate, il processo è di nuovo sotto controllo.

In pratica la supervisione dell'autorità di controllo dovrebbe mirare a verificare il non ripetersi della non conformità rilevata.

Nel caso in cui si osservasse ancora lo stesso tipo di non conformità, è chiaro che ci si troverebbe in una situazione di incompletezza della azione correttiva adottata e di mancato rispetto degli obiettivi della norma.

4. Attuazione delle misure atte a prevenire il ripetersi della stessa non conformità o di non conformità diverse riferibili a cause della stessa natura

La verifica dell'applicazione di misure miranti a prevenire il presentarsi di non conformità della stessa natura, anche se in ambiti diversi, costituisce l'ultima attività da condursi da parte dell'autorità competente al fine di accertare la completezza delle azioni correttive adottate dall'operatore del settore alimentare.

Esempio: appurato che lo stato di inadeguata pulizia è da ascrivere, tra l'altro, alle scadenti condizioni di manutenzione di alcuni impianti, in sede di verifica si dovrebbe accertare se l'operatore del settore alimentare abbia riconsiderato le procedure di manutenzione predisposte e attuate anche con riferimento agli altri impianti non direttamente coinvolti nel rilievo della non conformità.

La verifica della congruità, completezza ed efficacia dell'azione correttiva deve riguardare tutte e quattro le componenti prima descritte.

La mancata adozione anche di uno solo degli elementi che costituiscono un'azione correttiva deve portare l'autorità competente ad esprimere un giudizio di incompletezza.

Qualora sia valutata la necessità di una proroga dei tempi per il completamento delle azioni correttive, nel periodo intercorrente tra il rilievo della non conformità e il completamento delle stesse, l'operatore del settore alimentare deve essere in grado di dimostrare il rispetto degli obiettivi della legge alimentare.

Nel caso in cui l'operatore dimostrasse la propria incapacità o

mancata volontà ad attuare le pertinenti azioni correttive, l'autorità competente prenderà le opportune misure a tutela della sicurezza e dell'integrità degli alimenti.

Tali azioni sono previste agli articoli 54 e 55 del Regolamento CE 882/2004 e comprendono le seguenti misure da adottarsi a seconda dei casi:

- a) l'imposizione di procedure di igienizzazione o di qualsiasi altra azione ritenuta necessaria per garantire la sicurezza degli alimenti o la conformità alla normativa pertinente;
- b) il monitoraggio e, se necessario, la decisione del richiamo, del ritiro e/o della distruzione degli alimenti;
- c) l'autorizzazione dell'uso di alimenti per fini diversi da quelli originariamente previsti;
- d) la sospensione delle operazioni o la chiusura in toto o in parte dello stabilimento interessato (cucina ospedaliera, azienda di catering, ecc.) per un appropriato periodo di tempo;
- e) il sequestro ufficiale degli alimenti non conformi alla pertinente normativa in vista della loro eventuale distruzione o trattamento;
- f) qualsiasi altra misura ritenuta opportuna.

Sanzioni

Con l'approvazione del d.lgs. 5 aprile 2006, n. 190, e del più recente d.lgs. 6 novembre 2007, n. 193, sono state individuate le sanzioni che devono essere applicate nel caso di riscontro di non conformità rispetto alle norme in vigore.

In particolare il d.lgs. 190/2006 prevede a sanzionare i mancati adempimenti rispetto alle disposizioni di cui agli articoli 17, 18, 19, 20 del Regolamento CE 178/2002, mentre il d.lgs. 193/2007 prevede ad individuare le sanzioni per la violazione delle disposizioni di cui ai Regolamenti CE 852/2004, 853/2004, 854/2004, 882/2004 e 2073/2005.

Occorre tener presente che con il d.lgs. 193/2007 si assiste ad un cambiamento dei criteri utilizzati per le procedure sanzionatorie, rispetto a quelli che venivano utilizzati in applicazione del d.lgs. 155/97: pertanto, laddove la situazione riscontrata configuri una violazione delle disposizioni deve, comunque, essere adottato il provvedimento sanzionatorio, ad eccezione dei casi in cui si renda necessario un adeguamento delle procedure e/o dei requisiti.

Contestualmente dovrà essere disposta l'adozione delle opportune azioni correttive, volte alla rimozione delle non conformità.

Per i provvedimenti di sospensione attività viene adottato (da parte dell'autorità competente) un provvedimento ordinatorio ai sensi dell'articolo 54 del Regolamento CE 882/2004: l'eventuale inadempienza a quanto prescritto comporta la segnalazione all'autorità giudiziaria per l'applicazione dei provvedimenti previsti dall'articolo 650 del Codice Penale.

Occorre infine, tener presente che a fronte delle dichiarazioni presenti nella DIAP e relative alla conformità alle disposizioni di legge, il riscontro di non conformità può comportare anche l'adozione di provvedimenti per dichiarazioni mendaci.

Per quanto di interesse ai fini del presente documento, in appendice viene fornito un prospetto delle sanzioni da irrogare nei casi in cui vengano accertate le violazioni previste dai due provvedimenti sopra citati.

2.2 Disposizioni in materia di sicurezza sul luogo di lavoro

Si tratta di un complesso di disposizioni che devono essere poste in atto anche in assenza di una struttura in cui si effettua produzione, preparazione e somministrazione di pasti, ma che, laddove tale funzione sia svolta, costituiscono fondamentali di sicurezza operativa di migliori condizioni di lavoro, con riflessi anche nel campo della sicurezza alimentare.

La sicurezza degli ambienti di lavoro non può prescindere dai requisiti delle strutture, degli impianti, delle attrezzature e dall'organizzazione del lavoro.

Come è noto la normativa di riferimento è stata di recente riorganizzata con l'approvazione del d.lgs. 81/2008, nel quale sono confluite diverse disposizioni specifiche, al fine di dare un'impostazione più organica alla materia.

Una delle situazioni che più frequentemente si verifica nell'ambito della ristorazione ospedaliera riguarda lo svolgimento, in regime di appalto, delle attività alla stessa connesse: la normativa (in modo particolare agli articoli 26-30 del citato d.lgs.) prevede precisi adempimenti nei confronti delle imprese appaltatrici, da

esplicitarsi in sede di capitolato (valutazione dell'idoneità tecnico professionale e dettagliate informazioni sui rischi specifici presenti nell'ambiente di lavoro, per una corretta applicazione delle misure di prevenzione e protezione dai rischi).

Oltre ai rischi presenti negli ambienti di lavoro, devono essere tenuti in considerazione anche i rischi specifici propri dell'attività ai quali devono provvedere le imprese appaltatrici: nel comparto della ristorazione collettiva questi ultimi possono riguardare soprattutto l'uso di attrezzi acuminati e/o taglienti, la movimentazione manuale di carichi, il contatto con solidi e/o liquidi ad alta temperatura, l'esposizione a condizioni microclimatiche sfavorevoli e l'esposizione ad agenti chimici per la pulizia ed il lavaggio.

Anche con il d.lgs. 81/2008, viene data la dovuta importanza al documento di valutazione dei rischi come strumento centrale nella gestione della prevenzione. Il documento deve indicare i criteri adottati per eseguirla e le misure di prevenzione e protezione da adottare per i lavoratori, tra cui la sorveglianza sanitaria.

La valutazione dei rischi, laddove l'entità e la natura dei rischi medesimi lo renda necessario, deve prevedere l'esecuzione di accertamenti sanitari preventivi e periodici, al fine di formulare il giudizio di idoneità alla mansione specifica. In un'ottica più ampia, la sorveglianza sanitaria può diventare anche strumento di educazione sanitaria e di promozione della salute.

Il protocollo di accertamenti sanitari deve essere elaborato dal Medico competente in relazione alle evidenze emerse dalla valutazione dei rischi, prevedendo gli accertamenti integrativi da effettuare e la periodicità dei controlli. I dati sulla sorveglianza sanitaria devono essere raccolti e commentati dal Medico competente, in un'apposita relazione da discutere nell'ambito della riunione periodica di prevenzione.

Nell'ambito della valutazione dei rischi e del protocollo di sorveglianza sanitaria, vanno affrontati una serie di fattori di rischio per la salute che possono essere presenti nelle cucine e nelle mense.

Di seguito, essi vengono presi in esame singolarmente.

Rumore

È originato dagli strumenti (utensili elettrici) e dalle apparecchiature di lavoro (cappe di aspirazione), potendo indurre effetti di tipo uditivo ed extrauditivo. Gli interventi di prevenzione primaria e secondaria devono essere guidati dal risultato delle valutazioni di cui al titolo VII, Capo II del d.lgs. 81/2008.

La sorveglianza sanitaria si basa, soprattutto, sull'esecuzione dell'esame audiometrico ed otoscopico dei soggetti esposti, integrata dalla accurata raccolta di una anamnesi, mirata ad individuare una eventuale pregressa esposizione a rumore e/o ad altri fattori di rischio.

L'esecuzione di tali esami risulta di grande importanza in fase di pre-assunzione, anche per l'individuazione di soggetti ipersuscettibili.

Sostanze irritanti e/o allergizzanti

Sono rappresentate dai prodotti in uso per la detersione delle stoviglie, degli strumenti e degli ambienti di lavoro, dagli alimenti manipolati soprattutto durante la fase di preparazione dei cibi ma anche, in alcuni casi, dal contatto con i dispositivi di protezione individuale come i guanti in gomma.

I potenziali effetti sono la comparsa di dermatiti, prevalentemente localizzate alle mani, sostenute da un meccanismo eziopatogenetico di tipo irritativo o allergico. L'anamnesi e la visita medica devono ricercare fattori predisponenti e/o lesioni cutanee in fase iniziale.

La prevenzione si fonda sulla informazione-formazione del personale, su una corretta detersione della cute e sul razionale impiego dei dispositivi individuali di protezione.

Movimentazione manuale di carichi

I potenziali effetti sanitari correlati interessano l'apparato osteo-artro-muscolare, e con particolare riguardo il rachide lombo-sacrale. Per la valutazione del rischio, prevista dal Titolo VI del d.lgs. 81/2008, si raccomanda l'applicazione dei criteri proposti dal NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health) e dall'allegato XXXIII al medesimo decreto.

La sorveglianza sanitaria, attraverso anamnesi e visita medica «mirate», deve evidenziare segni e/o sintomi in fase iniziale. La prevenzione si fonda sulla informazione-formazione del persona-

le, su modifiche dell'organizzazione del lavoro finalizzate a ridurre il rischio e sull'impiego di ausili per la movimentazione dei carichi.

Microclima sfavorevole

Il lavoro nelle cucine può comportare esposizione a microclima freddo (ingresso in celle frigorifere, manipolazione di alimenti surgelati) e a microclima caldo umido (fornelli e piastre di cottura).

Particolare attenzione andrà posta per evidenziare il fenomeno di Raynaud tra gli effetti sanitari potenziali.

La prevenzione, nel caso del microclima freddo, si basa sulla razionalizzazione degli accessi alle celle frigorifere e sull'impiego di abbigliamento protettivo, mentre, nel caso del microclima caldo-umido, occorre dotare gli ambienti di lavoro di sistemi di trattamento dell'aria.

Il d.lgs. 81/2008 prevede espressamente, all'art. 180, che vengano effettuate le necessarie valutazioni sul microclima.

Rischio infortunistico

Oltre ai fattori di rischio esaminati, occorre tenere in considerazione il rischio infortunistico, prevalentemente determinato da cadute (favorite da superfici scivolose), ustioni (anche se generalmente di estensione limitata) e ferite da taglio, determinate dall'impiego di coltelli o altri utensili da lavoro.

È opportuno, infine, sottolineare l'importanza di predisporre adeguati piani di formazione del personale, in cui va previsto spazio specifico per l'apprendimento circa l'impiego corretto dei dispositivi collettivi ed individuali di protezione.

3. LA QUALITÀ DEL SERVIZIO DI RISTORAZIONE OSPEDALIERA

Introduzione

«La Qualità è una caratteristica essenziale ed indispensabile dell'assistenza sanitaria ed è un attributo normale di ogni attività assistenziale, assieme al volume ed ai costi. (...) La buona qualità dell'assistenza sanitaria è un diritto di ogni paziente ed è diventata una priorità (...). È legittimo per le società attendersi una valutazione sistematica e rigorosa dell'assistenza, per sapere se le risorse sono utilizzate in maniera appropriata e per fornire la qualità dell'assistenza sanitaria migliore possibile.»

(Consiglio d'Europa: Appendice alla Raccomandazione n. (97) 17 del Comitato dei Ministri agli Stati Membri «sullo sviluppo e l'attivazione di Sistemi di Miglioramento della Qualità dell'Assistenza Sanitaria»).

L'alimentazione del degente è uno degli obiettivi aziendali della qualità dell'assistenza sanitaria, in quanto fattore decisivo del benessere personale. La malnutrizione ospedaliera è infatti considerata una «malattia nella malattia», con ricadute assai pesanti su tempi e costi di degenza. Studi recenti confermano tassi di prevalenza di malnutrizione ospedaliera compresi tra il 20 -50% dei soggetti, e rilevano che lo stato nutrizionale si deteriora durante il ricovero.

Poiché la malnutrizione ospedaliera è un problema ancora presente negli ospedali, l'intervento valutativo ed il trattamento nutrizionale al momento della diagnosi assumono grande importanza, rendendo necessaria una corretta gestione del pasto ospedaliero dalla valutazione iniziale del paziente alla consegna del pasto appropriato sino al suo consumo.

Il pasto ospedaliero rappresenta un fattore non trascurabile dell'intervento terapeutico e un aspetto rilevante del comfort, entrambe dimensioni della qualità relazionale (valutata dal cliente), attualmente acquisita come parte essenziale della programmazione sanitaria a tutti i livelli, in seguito al riconoscimento della centralità del paziente come fruitore di servizi e come attore con una sua specifica identità.

Il pasto ospedaliero si può definire come un servizio complessivo la cui qualità è correlata al valore igienico sanitario, nutrizionale, sensoriale e culturale degli alimenti oltre che agli aspetti connessi alla cura e alla modalità con cui gli operatori provvedono a somministrarlo nei reparti.

I principali sistemi oggi utilizzati per la produzione di pasti nella ristorazione collettiva sono qui di seguito elencati:

- sistema fresco-caldo o convenzionale;
- sistema cook & chill o refrigerato;
- sistema cook & freeze o surgelato;
- sistema di cottura sottovuoto;
- sistema misto.

Il sistema fresco-caldo prevede che il ciclo produttivo si svolga per tutte le fasi (preparazione-cottura-assemblaggio e somministrazione) durante le ore immediatamente antecedenti al consumo del pasto. I pasti devono essere trasportati e conservati a temperatura di 60-65 °C (caldi) e 4-10 °C (freddi) fino al momento del consumo.

Il sistema refrigerato (cook & chill) prevede che le fasi di preparazione cottura-assemblaggio siano simili a quelle adottate con il sistema fresco-caldo e siano seguite da una fase di raffreddamento rapido con l'abbattimento della temperatura della preparazione alimentare a + 10° C (a cuore) in meno di 2 ore e una conservazione a + 3° C, per un massimo di 3 giorni dalla data di produzione.

Il confezionamento di questi pasti può anche prevedere l'uso di miscele di gas (N₂, CO₂ e O₂) che consentono di prolungarne la vita commerciale a 14-21 giorni, sempre in condizioni di refrigerazione (0° C - + 3° C). L'utilizzo di pasti refrigerati avviene con il differimento del consumo anche a centinaia di chilometri dal centro cottura. Il trasporto di questi pasti si effettua con mezzi refrigerati preferibilmente dotati di registratori di temperatura.

La riattivazione, con il raggiungimento della temperatura a + 75 °C in un tempo massimo di un'ora (a cuore del prodotto), riporta il pasto nelle stesse condizioni originarie di produzione; il pasto deve essere consumato nel più breve tempo possibile dal termine della riattivazione.

L'adozione di questo sistema di produzione consente flessibilità ed ottimizzazione gestionale, ed il possibile raggiungimento di standard qualitativi elevati.

Il sistema cook & freeze (surgelato) prevede le medesime fasi del sistema cook & chill con la differenza che il raffreddamento rapido delle preparazioni raggiunge una temperatura di -18 °C (a cuore), consentendo una vita commerciale di oltre 6 mesi.

Il sistema di produzione sottovuoto prevede una metodologia produttiva con logiche e operatività basate su un rigore di programmazione e un controllo dei parametri tempo/temperatura in ogni fase. È un sistema che si può applicare a prodotti freschi/crudi (interi o porzionati) e richiede l'impiego di un confezionamento con materiali resistenti alle temperature di cottura. Il sistema prevede una sequenza di fasi: dalla cottura parziale in sacchetti termoretraibili (non per materie prime fragili come i prodotti ittici) e termoresistenti (da 70 a 100 °C) e crioresistenti (fino a - 40 °C), termosaldabili, alla creazione del sottovuoto, alla fase di cottura finale in acqua o a vapore a seconda dell'alimento, condotta a temperature comprese fra 70 e 110 °C, sino alla fase di raffreddamento a + 10 °C, che dura meno di 2 ore. La conservazione avviene a temperature di + 3 °C per periodi variabili da 6 a 40 giorni, o a - 18 °C per oltre 6 mesi.

Il sistema misto prevede, in funzione del tipo di menù e di utenza al quale è destinato, la possibilità di utilizzare, per differenti preparazioni alimentari, differenti sistemi di produzione che ne ottimizzano 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 prevede una scelta programmata di piatti, alcuni preparati in fresco-caldo, altri in cook & chill o in sottovuoto).

La qualità di gestione del pasto riporta alla progettazione del servizio, al suo funzionamento in termini di efficienza e produttività e quindi a modalità che evitino sprechi ed errori e permettano il recupero, a fini di solidarietà sociale, degli alimenti non utilizzati.

Le attività di comunicazione col paziente, espresse con la Carta del Servizio di Ristorazione Ospedaliera ed il Modulo per la Rilevazione dei Reclami, costituiscono parte integrante del modello di qualità che l'ente intende realizzare nel Servizio di Ristorazione Ospedaliera.

3.1 La Carta del Servizio

La Carta del Servizio di Ristorazione Ospedaliera è un documento realizzato al fine di offrire ai degenti un'adeguata conoscenza del Servizio di Ristorazione dell'Ospedale e deve essere consegnata ad ogni paziente al momento dell'accettazione o all'accoglienza in reparto. I contenuti della Carta derivano da accurate osservazioni e da analisi condotte sulle complessità, le peculiarità e le modalità finalizzate alla realizzazione ed alla valorizzazione del servizio di ristorazione ospedaliera.

Essa costituisce un documento programmatico che illustra gli

standard di qualità che la struttura ospedaliera ha fissato insieme con i percorsi, le tappe ed i tempi necessari per raggiungerli.

La Carta, però, è soprattutto un documento che contiene un impegno che la struttura ospedaliera si assume nei confronti dei suoi utenti, intesi come degenti e accompagnatori: l'impegno di raggiungere il livello massimo di qualità del servizio che sia possibile realizzare con le risorse umane, tecnologiche e finanziarie che l'ente ha a disposizione.

La Carta del Servizio deve almeno contenere:

- Obiettivi e Finalità;
- Modalità di accesso al servizio;
- Modalità di prenotazione del pasto;
- Modalità di somministrazione dei pasti;
- Composizione dei pasti;
- Menù;
- Modalità di produzione del pasto;
- Standard di qualità e loro modalità di verifica;
- Partecipazione e modalità di comunicazione degli utenti.

Il ricorso ad un pieghevole è la modalità di presentazione più adatta, in quanto questo è uno strumento molto agile, pensato per una rapida consultazione e si può articolare in poche facciate con le informazioni di più immediata utilità. È prevista inoltre la consultazione on line sul sito web della struttura ospedaliera.

3.2 Obiettivi e finalità del Servizio

L'obiettivo della struttura ospedaliera è di fornire un pasto idoneo alla tipologia dei degenti che abbia la massima garanzia di Qualità, ottenuta con l'efficace gestione dei processi e dei prodotti.

Ne consegue l'obiettivo di rendere il pasto gradevole e nutrizionalmente valido e di favorire l'acquisizione di uno stile alimentare corretto e consapevole che perduri nel tempo.

Le finalità del servizio, quindi, sono:

- garantire al meglio la soddisfazione dei bisogni alimentari;
- garantire la trasparenza dei comportamenti;
- assicurare un'efficace comunicazione con tutti gli interlocutori interessati al servizio e segnatamente con i degenti, i parenti ed il personale coinvolto;

- orientare a corretti comportamenti alimentari.

Il Servizio Ristorazione è fornito a tutti i pazienti ricoverati, rispettando i seguenti principi:

- parità dei diritti: tutti gli utenti hanno gli stessi diritti-doveri verso l'ente erogatore;
- continuità e regolarità del servizio: il servizio di ristorazione è strutturato in modo tale da garantire una costante e regolare fornitura;
- partecipazione degli utenti: i pazienti possono collaborare al miglioramento del servizio fornendo suggerimenti, con le modalità che saranno indicate dalla Direzione dell'ospedale nella Carta del Servizio di Ristorazione Ospedaliera.

3.3 Le modalità e gli strumenti operativi

Per conseguire le finalità del servizio, la struttura ospedaliera ha un programma di particolare impegno nelle seguenti aree del sistema:

- l'approvvigionamento delle materie prime;
- il trasporto e la somministrazione dei pasti nel rispetto dei menù previsti;
- la rintracciabilità, i sistemi di controllo e di certificazione di qualità (soprattutto attraverso un'attenta valutazione dei fornitori e la predisposizione di un piano di collaudi ispettivi ed analitici);
- la trasparenza e la comunicazione.

Una trattazione più specifica, nei prossimi capitoli, meritano aspetti quali l'allestimento dei menù e la formazione professionale degli addetti.

L'approvvigionamento delle materie prime

La qualità di un pasto dipende in buona parte dalla qualità delle materie prime utilizzate, che a sua volta risente sia delle condizioni di produzione che di quelle di trasporto e conservazione. Per questa ragione la struttura ospedaliera dedica un impegno molto significativo a tutti gli aspetti riguardanti la scelta, l'utilizzo e la gestione delle materie prime alimentari.

È auspicabile la decisione di utilizzare prodotti provenienti, ad esempio, da agricoltura biologica, a lotta integrata, a filiera controllata, DOP, IGP e STG (specialità tradizionali garantite), nonché da produzioni locali.

In ogni caso grande attenzione è dedicata alla valutazione dei sistemi di garanzia che vengono adottati dalle aziende fornitrici, in modo che alle caratteristiche e alle denominazioni dichiarate corrispondano effettivi e documentati requisiti dei prodotti e dei processi produttivi, nel rispetto della normativa vigente.

Il trasporto dei pasti

Il trasporto dei pasti avviene in tempo utile per essere consegnato alla struttura ospedaliera e comunque ai reparti al fine di assicurarne il consumo nei giorni e negli orari stabiliti; deve essere effettuato con modalità atte a garantire il mantenimento delle temperature.

La struttura ospedaliera si assume ogni responsabilità relativa ad eventuali inconvenienti che comportino inefficienze o minore qualità del servizio di trasporto dei pasti.

Il modello alberghiero: orari, modalità e rispetto dei menù previsti

Al fine di garantire un orario di consumo del pasto rispettoso delle comuni abitudini, si definisce l'orario di somministrazione nei termini che seguono: la colazione non prima delle 8.00, il pranzo non prima delle 12.00, la cena non prima delle 19.00.

La struttura ospedaliera si impegna a:

- garantire la fruizione del pasto anche ai pazienti non presenti al momento della distribuzione (per attività diagnostico-terapeutiche) con modalità di distribuzione atte a garantire la salubrità del pasto e l'idoneità sensoriale;
- elaborare procedure operative per gli addetti alla somministrazione, volte a garantire la qualità anche sotto il profilo comunicativo e relazionale nei confronti del paziente, nonché l'uniformità del servizio presso i reparti.

La distribuzione dei pasti è assicurata nel rispetto della scelta effettuata dai pazienti con il sistema a vassoio personalizzato o con il sistema multi porzione. Laddove la condizione patologica o la terapia in atto richiedono una dieta specifica, dovrà essere garantita tale necessità anche mediante opportune collaborazioni fra il servizio dietetico ed i medici del reparto.

Va favorita la presenza dei familiari per la somministrazione del pasto in pazienti fragili (anziani, politraumatizzati, con deficit fisici ed in genere con deficit sensoriali/cognitivi).

Il paziente va messo nelle condizioni di poter consumare il pasto con le modalità più consone al suo stato di salute ed alle condizioni di autonomia psicofisica (per esempio è necessario permettere il pasto a letto); la struttura si impegna a non consentire il coinvolgimento del paziente nelle operazioni di apparecchiatura/sparecchiatura dei tavoli e/o distribuzione dei pasti.

La struttura ospedaliera intende rispettare quanto più possibile il menù previsto. Modifiche del menù possono avvenire in conseguenza del rifiuto di materie prime giudicate non idonee o in conseguenza dell'interruzione di servizi essenziali come l'erogazione di acqua o di energia elettrica, oppure per effetto di scioperi degli addetti.

La struttura ospedaliera si impegna a garantire il rispetto dei menù programmati e a comunicare ai degenti le eventuali variazioni, qualora prevedibili, almeno 24 ore prima della somministrazione.

La rintracciabilità, i sistemi di controllo e di certificazione di qualità

Per tutte le derrate alimentari è garantita la rintracciabilità (Regolamento CE 178/2002): questo consente di acquisire notizie sull'alimento dalla sua origine al momento dell'utilizzo e di applicare i sistemi di controllo basati soprattutto su una attenta valutazione dei fornitori e su un piano di collaudi ispettivi ed analitici.

La valutazione dei fornitori

I fornitori sono soggetti ad una valutazione della performance attraverso:

- la valutazione dei criteri applicati per la gestione della qualità delle derrate fornite, prendendo visione, al momento della gara d'appalto, della relativa documentazione;
- la valutazione delle verifiche che il fornitore esegue sul suo

ciclo produttivo: i risultati di tali verifiche devono essere rese disponibili su richiesta alla struttura ospedaliera; per alcuni prodotti, inoltre, ogni fornitura deve essere accompagnata da una specifica documentazione (es.: documenti di rintracciabilità per le carni bovine e suine);

- le visite ispettive presso il fornitore stesso, con sopralluoghi presso gli stabilimenti e/o i magazzini dove viene lavorata e/o conservata la merce destinata al servizio di ristorazione ospedaliero.

Piano di collaudi ispettivi ed analitici

Tutti gli alimenti sono identificati da una scheda tecnica in cui sono definite le caratteristiche fisico-chimiche, merceologiche e microbiologiche del prodotto.

Su tutti gli alimenti vengono effettuati controlli diretti e indiretti. Quelli diretti consistono in verifiche sensoriali e merceologiche del prodotto. I controlli indiretti consistono in analisi di laboratorio condotte secondo un piano di campionamento affidato ad un laboratorio di analisi. Le analisi di laboratorio riguardano principalmente accertamenti di tipo microbiologico, chimico-fisico, entomologico e agronomico.

I controlli possono essere effettuati in almeno uno dei seguenti momenti:

- presso il produttore e/o fornitore;
- all'arrivo della fornitura;
- al momento dell'utilizzo (presso cucine e centri cucina).

Qualora con i controlli venga rilevata una non conformità, a seconda della gravità dei casi è prevista l'adozione di uno o più provvedimenti quali:

- gestione della non conformità;
- identificazione dell'alimento e segregazione;
- respingimento e/o distruzione del prodotto difforme;
- attivazione delle procedure di ritiro/riciamo;
- visite ispettive straordinarie e intensificazione dei controlli;
- intervento verso il fornitore con l'applicazione di penali economiche;
- revisione della posizione del fornitore nella graduatoria di qualifica;
- interruzione del contratto di fornitura.

Indipendentemente dalla soluzione organizzativa adottata, lo stato igienico dei piatti preparati, degli ambienti di confezionamento, produzione e distribuzione dei pasti, di utensili e attrezzature, sono controllati secondo un piano prestabilito contenuto nel manuale d'autocontrollo dell'igiene.

I risultati sono acquisiti dalla Direzione Sanitaria della struttura ospedaliera che indica tutti i provvedimenti (azioni correttive) che devono essere intrapresi per il ripristino dell'igiene dei processi di produzione; nel caso di servizio appaltato, l'appaltatore produrrà periodicamente report sulle risultanze dell'analisi dei principali indicatori igienico-sanitari.

Gli esiti di detti controlli danno avvio ad eventuali azioni correttive, laddove fossero evidenziate delle non conformità.

La trasparenza e la comunicazione

La struttura ospedaliera svolge il proprio servizio con la massima trasparenza, attraverso un continuo dialogo con tutte le parti interessate. Un'efficace comunicazione fra la struttura ospedaliera, i degenti, il personale è non solo un dovere, come per ogni servizio pubblico, ma anche uno strumento necessario per creare un rapporto di fiducia fra le parti.

In attuazione di quanto previsto in termini di comunicazione dalla Carta del servizio di ristorazione ospedaliera, la direzione della struttura deve impegnarsi ad attivare gli opportuni strumenti per garantire modalità permanenti di comunicazione.

Vengono di seguito descritti alcuni esempi di strumenti permanentemente attivi di comunicazione con gli utenti.

Un primo sistema di comunicazione potrebbe essere l'attivazione di un numero «verde», ovvero un numero telefonico dedicato attraverso il quale, in determinati orari, è possibile chiedere informazioni e/o fare segnalazioni agli uffici comunicazione con il pubblico e all'U.R.P. in merito al servizio di ristorazione, sia direttamente con gli operatori sia attraverso sistemi a opzione, che forniscano indicazioni su dove e come poter reperire le informazioni o dove indirizzare richieste e segnalazioni.

Si richiama, in proposito, quanto previsto dalle disposizioni

della Regione Lombardia in materia di rilevazione della soddisfazione dell'utente dei servizi sanitari (d.g.r. 14890 del 18 dicembre 2006 e d.g.r. 8504 del 22 marzo 2002) che individua l'utilità presso ogni reparto di apposito strumento (cassetta delle lettere o simile) e di apposito personale per raccogliere reclami e segnalazioni varie, compreso il mancato rispetto degli impegni indicati nella Carta del Servizio. Per i reclami inoltrati per iscritto e che richiedono una valutazione approfondita, la struttura ospedaliera s'impegna a rispondere entro 30 giorni dalla data di ricevimento.

Le informazioni riguardanti le ricette, le grammature dei piatti previsti dai menù, nonché le documentazioni consultabili (es.: capitolati tecnici relativi a tutte le merci acquistate; certificazioni richieste per la valutazione della conformità dei prodotti, manuale di autocontrollo dell'igiene della struttura ospedaliera, comprensivo della parte riguardante le attività relative alla gestione della ristorazione ospedaliera, procedure di attuazione piano di attuazione ed esito; manuale della Qualità e procedure per la gestione del sistema della qualità -SGQ-) e le modalità con cui accedervi, potrebbero essere esposte presso i reparti.

La comunicazione diretta potrebbe essere sostituita con sistemi di natura informatica quali, ad esempio, la comunicazione via web e/o via e-mail.

Quale ulteriore approfondimento di indagine e di verifica del rispetto dei requisiti e del gradimento del servizio, una particolare importanza riveste la somministrazione di questionari, di cui si riporta di seguito un esempio.

QUESTIONARIO PER LA RILEVAZIONE PRESSO I REPARTI DEI REALI CONSUMI DEI PAZIENTI (A CARICO DEL PERSONALE AZIENDALE)

NOME PAZIENTE:

Per la valutazione del consumo, spuntare i casi corrispondenti: unicamente la parte consumata
niente (N); meno della metà (<M); più della metà (>M); tutto (T)

| | | DATA | | | | |
|------------------|-------------------------------|----------|----|----------|---|--|
| CONSUMO | | N | <M | >M | T | |
| COLAZIONE | CAFFÈ | | | | | |
| | TÈ | | | | | |
| | LATTE | | | | | |
| | ALTRE BEVANDE | | | | | |
| | BISCOTTI O ALTRO | | | | | |
| | Aiuto per la somministrazione | P | | T | | |
| | Nome dell'aiutante | | | | | |
| PRANZO | PRIMI PIATTI | | | | | |
| | SECONDI PIATTI | | | | | |
| | CONTORNO COTTO | | | | | |
| | COONTORNO CRUDO | | | | | |
| | FRUTTA | | | | | |
| | BEVANDA | | | | | |
| | Aiuto per la somministrazione | P | | T | | |
| | Nome dell'aiutante | | | | | |
| MERENDA | BEVANDA | | | | | |
| | BISCOTTI O ALTRO | | | | | |
| | Aiuto per la somministrazione | P | | T | | |
| | Nome dell'aiutante | | | | | |
| CENA | PRIMI PIATTI | | | | | |
| | SECONDI PIATTI | | | | | |
| | CONTORNO COTTO | | | | | |
| | COONTORNO CRUDO | | | | | |
| | FRUTTA | | | | | |
| | BEVANDA | | | | | |
| | Aiuto per la somministrazione | P | | T | | |
| | Nome dell'aiutante | | | | | |

Aiuto per la somministrazione in caso di non autosufficienza: organizzato e garantito dal personale infermieristico di reparto anche con la collaborazione dei familiari

P = Aiuto parziale: sistemazione del paziente, apertura delle confezioni, taglio della carne, ecc.

T = Aiuto totale al consumo pasto.

4. L'ATTIVITÀ DI RISTORAZIONE: I MENÙ E LE DIETE

Principi generali

La ristorazione ospedaliera deve necessariamente prevedere:

- *un menù base*, storicamente denominato «vitto comune» o «dieta libera», destinato a tutti coloro che non presentano particolari problematiche dietetico-nutrizionali;

- *menù dietetici* rivolti a pazienti con specifiche patologie dieta-correlate, che fanno riferimento a schemi dietetici predeterminati negli apporti: le cosiddette «Diete Standard» che compongono il Dietetico Ospedaliero (per definizione: una raccolta di diete a composizione bromatologica definita);

- *diete speciali personalizzate*, formulate individualmente per ogni singolo paziente con fabbisogni particolari o problematiche nutrizionali complesse, per cui non è possibile l'utilizzo di diete standard, nè di menù predeterminati.

La valutazione, al momento del ricovero, del bisogno di alimentazione del paziente nonché della capacità di soddisfazione di questo bisogno, risulta essere lo snodo decisionale fondamentale per stabilire quale tipo di scelta effettuare al fine di soddisfare le sue effettive necessità dietetico-nutrizionali.

Questo consente di ottimizzare l'alimentazione e ridurre gli sprechi. Nel contempo, la valutazione del rischio nutrizionale del paziente al momento del ricovero ed il successivo monitoraggio consentono di contrastare l'instaurarsi di stati di malnutrizione ospedaliera e/o di correggere situazioni di malnutrizione precedenti.

La prima valutazione del rischio nutrizionale, svolta secondo una procedura validata, deve costituire la prassi ed essere effettuata da personale individuato in base alle modalità organizzative di ciascuna Unità Operativa.

Richiamando i criteri espressi da diverse società scientifiche, una procedura per la valutazione potrebbe essere la seguente:

- rilevazione di peso e altezza;
- calcolo dell'indice di massa corporea BMI;
- rilevazione e valutazione del calo/incremento ponderale negli ultimi 3 mesi;
- rilevazione e valutazione dell'introito alimentare;
- valutazione della gravità della malattia: il paziente è a rischio nutrizionale se è ricoverato in terapia intensiva, se ha subito traumi, ustioni, fratture, interventi di chirurgia maggiore, se ha sepsi o soffre di complicanze acute in corso di malattia cronica.

4.1 La giornata alimentare del paziente a dieta libera: «il menù base»

Il menù base si rivolge a tutti i degenti che non presentano particolari problematiche dietetico-nutrizionali, e consente loro di scegliere liberamente tra le alternative proposte ogni giorno, quindi di comporre in modo autonomo la propria giornata alimentare; coniuga criteri di appetibilità/gradevolezza del cibo a criteri di scelta delle derrate e di modalità di preparazione e cottura, in linea con le principali raccomandazioni dietetiche per una sana alimentazione.

Grazie a queste *caratteristiche il menù di base rappresenta la traccia per impostare i menù dietetici relativi alle «diete standard»* effettuando alcune differenziazioni.

Allo stesso modo costituisce uno strumento facilmente adattabile a situazioni nutrizionali particolari legate a trattamenti diagnostici e/o terapeutici, semplicemente applicando opportune griglie di correzione, come suggerito successivamente nel menù di base corretto.

Questa impostazione consente di coprire le esigenze di un'ampia fascia di popolazione e di contenere il numero dei menù dietetici al livello minimo indispensabile che possa comunque garantire l'efficacia del trattamento.

I fabbisogni nutrizionali di riferimento utilizzati, anche se non specifici per la popolazione ospedalizzata, sono indicati dai Livelli di Assunzione Raccomandati in Energia e Nutrienti (LARN) della Società Italiana di Nutrizione Umana (SINU, revisione 1996) in associazione alle raccomandazioni fornite dalle Linee Guida per una Sana Alimentazione Italiana dell'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN, revisione 2003).

Apporti medi consigliati di macronutrienti per la giornata alimentare di pazienti a dieta base

| | |
|-------------|------------------------------|
| Kcal | 1600-2200 |
| Proteine | 15% delle calorie totali |
| Lipidi | 25%-30% delle calorie totali |
| Carboidrati | 55%-60% delle calorie totali |

I fabbisogni medi di energia, macronutrienti ed altri principi nutritivi sono da valutare anche quando la pianificazione del menù base è svolta da imprese esterne; la loro applicazione dovrebbe comunque mantenere un criterio di elasticità in seguito alla caratteristica di rappresentare valori medi previsti per ampie fasce di popolazione, quindi non individualizzati.

Gli apporti in micronutrienti (vitamine, minerali) non vengono generalmente considerati nello specifico per le oggettive difficoltà di quantificazione, mentre gli apporti relativi agli altri principali componenti nutrizionali vanno mantenuti entro i range di valori raccomandati come indicato nella tabella seguente:

Apporti medi consigliati di alcuni componenti nutrizionali per la giornata alimentare di pazienti a dieta base

| | |
|---------------|---------------------------------------|
| Fibra | 28-30 g |
| Sodio | < 3000 mg |
| Colesterolo | < 200 mg |
| Grassi saturi | < 10% dell'energia totale della dieta |

Criteri di stesura del menù base

Indipendentemente dalle scelte organizzative adottate, i menù e le relative ricette devono seguire i criteri di seguito indicati.

- **Le ricette** sono standardizzate ed hanno una composizione bromatologica prestabilita. Quindi sono definite negli ingredienti e nelle loro grammature unitarie, nelle modalità di preparazione e cottura dei cibi, nel rispetto di presupposti di cucina dietetica che garantiscano la massima valorizzazione gustativa.

- **Il menù** è articolato su un periodo minimo di due settimane (da estendere a quattro nel caso di strutture per lungodegenti), sia per la stagione estiva sia per quella invernale, rispettando nei limiti del possibile la stagionalità degli alimenti, in particolare per quanto riguarda ortaggi e frutta.

- **La distribuzione della tipologia degli alimenti** (cereali, verdure, carne bianca, pesce...) nella giornata e nella settimana risponde alle frequenze di consumo contenute nei LARN.

- **La formulazione del menù** tiene presente per quanto possibile la differenziazione della cultura alimentare di una popolazione di utenti sia per quanto riguarda l'età sia per quanto riguarda l'etnia e gli orientamenti etico-religiosi.

- **I criteri e le modalità di approvvigionamento delle materie prime** vengono definiti privilegiando una logica di filiera corta, favorendo l'utilizzo di prodotti che esprimano la tipicità delle produzioni agroalimentari del territorio a marchio garantito. Questo per assicurare e sperimentare modelli ecosostenibili, valorizzando nel contempo la qualità e di conseguenza il soddisfacimento dell'utente.

- Quotidianamente ogni portata prevede alcuni piatti fissi e due alternative, una più elaborata dal punto di vista culinario, l'altra cucinata in modo semplice.

Articolazione dei pasti

Gli alimenti contraddistinti dall'asterisco (*) sono relativi alla giornata alimentare del degente pediatrico a vitto comune.

PRIMA COLAZIONE

Rappresenta un'occasione da rivalutare nella ristorazione ospedaliera, sia per l'aspetto dietetico-nutrizionale che riveste, sia per l'aspetto educativo che la ristorazione ospedaliera dovrebbe svolgere.

I fabbisogni nutrizionali consigliati per la colazione sono pari a circa il 15-20% delle calorie totali della giornata (Ministero della Salute: Strategie di educazione alimentare e nutrizione; Linee Guida delle Società Scientifiche per la prevenzione e cura delle principali patologie metaboliche).

Inoltre, va tenuto presente che la colazione costituisce un momento di consumo gestibile direttamente dal reparto che può avvalersi di attrezzature specifiche (carrelli, distributori termici, etc.) che consentono di fornire un pasto igienicamente sicuro e nutrizionalmente valido.

L'investimento iniziale in attrezzature è compensato dal sensibile miglioramento dell'alimentazione del paziente, intesa sia come terapia nutrizionale, sia come sensazione di benessere e migliore qualità percepita.

PROPOSTE PER LA COLAZIONE

Una bevanda a scelta tra: Caffè, orzo, tè, tè deinato.

Un alimento a scelta tra: Latte intero, latte parzialmente scremato, latte delattosato, yogurt magro al naturale, yogurt intero alla frutta, succo di frutta, frutta fresca.

Un alimento a scelta tra: Pane e marmellata o miele, fette biscottate e marmellata o miele, biscotti frollini, fiocchi di cereali, *biscotti per l'infanzia.

SPUNTINI

Un frazionamento più frequente della quota calorica giornaliera è particolarmente consigliabile per i pazienti:

- a rischio nutrizionale che necessitano un introito energetico maggiore;
- che consumano pasti non completi a causa di particolari situazioni legate, ad esempio, ad accertamenti o diagnostica;
- con specifiche necessità di frazionamento dell'alimentazione nell'arco della giornata.

La possibilità di ricevere degli spuntini deve essere subordinata all'individuazione da parte del personale sanitario (o, meglio, delle figure professionali specifiche del Servizio Dietetico) di *un'effettiva esigenza*, in modo da evitare un improprio ed incongruo consumo di «fuori pasto».

Lo spuntino deve essere nutrizionalmente valido, non deteriorabile a breve, igienicamente sicuro, preferibilmente confezionato in monoporzione, di facile digeribilità.

La tipologia e la disponibilità degli alimenti adatti allo scopo va necessariamente concordata con il Servizio Dietetico ed il Servizio Economico.

PROPOSTE PER LO SPUNTINO/INTEGRAZIONE ALIMENTARE

| Generi alimentari deperibili | Generi alimentari non-deperibili |
|--|---|
| Latte fresco | Latte parzialmente scremato a lunga conservazione |
| Yogurt naturale, yogurt alla frutta | Latte delattosato parzialmente scremato a lunga conservazione |
| Yogurt senza zucchero naturale e/o alla frutta | Miscela di caffè |
| Budini | Tè in filtri/camomilla monoporzione |
| Frutta | Succhi di frutta con/senza zucchero in brick |
| Formaggini | Fette biscottate, crackers, biscotti monoporzione, cereali monoporzione |
| Affettati magri (prosciutto cotto, prosciutto crudo, bresaola) | Zucchero, marmellata monoporzione, miele monoporzione |

PROPOSTE PER IL PRANZO E PER LA CENA

Primi piatti

- Primo piatto asciutto del giorno (es. pasta al ragù, risotto con verdure, etc.)
- Primo piatto in brodo del giorno (es. crema di piselli, passato di verdura con crostini, etc.)
- Primo piatto (pasta o riso) all'olio

Sempre disponibili: semolino, pastina in brodo, brodo di carne, brodo vegetale, pastina in brodo vegetale, *pastina micron in brodo.

Secondi piatti

- Secondo piatto del giorno di carne o pesce (es. scaloppine di manzo, nasello al pomodoro, etc)
- Pesce al forno (preparazione semplice)
- Carne ai ferri o lessata (preparazione semplice)
- Formaggio del giorno (es. italico, emmenthal, etc.)

Sempre disponibili: formaggini, omogeneizzato di carne, *polpettine di carne, un tipo di affettato (solo a cena).

Contorno

- Verdura cotta del giorno (es. fagiolini al forno, patate arrosto, etc.)

- Verdura cruda del giorno

Sempre disponibili: verdura cotta a vapore, patata lessata, purè

Frutta

- Frutta fresca
- Mousse di frutta

Pane

- Pane comune
- Pane integrale
- Grissini o cracker

Bevande

0,500 lt di acqua oligominerale naturale.

4.2 La giornata alimentare del paziente pediatrico a vitto comune

Tutti i pazienti pediatrici che non presentano particolari problematiche dietetico-nutrizionali possono scegliere dal *menù base corretto per il paziente pediatrico* e liberamente tra alternative proposte ogni giorno.

La «correzione» del menù di base non prevede sostanziali modifiche nella scelta della materia prima o nella preparazione dei piatti, ma sarà declinata verso l'utilizzo di formati di pasta più consoni alle esigenze di questo tipo di utenza come, ad esempio, la pastina micron, la pasta corta piccolo formato nonché verso l'aggiunta di ulteriori alternative quotidiane come, ad esempio, polpettine, omogeneizzati e formaggini.

Anche nel caso del paziente pediatrico i fabbisogni nutrizionali seguono le indicazioni fornite dai Livelli di Assunzione Raccomandati in Energia e Nutrienti (LARN) della Società Italiana di Nutrizione Umana (SINU, revisione 1996) in associazione alle raccomandazioni fornite dalle Linee Guida per una Sana Alimentazione Italiana dell'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN, revisione 2003).

Composizione in nutrienti, apporto calorico e articolazione dei pasti

La formulazione calorica si basa sui fabbisogni medi dei bambini considerando un fabbisogno variabile da 1600 a 2200 kcal per la fascia d'età dai 6 ai 15 anni, modulabile con il controllo delle porzioni e con l'assunzione degli spuntini.

La composizione in nutrienti non si discosta da quella proposta per l'adulto, intesa come alimentazione equilibrata nei nutrienti principali.

Per quanto riguarda l'articolazione dei pasti, invece, è previsto per tutti i pazienti uno spuntino a metà pomeriggio (corrispondente a circa 160-200 kcal, pari al 10% delle calorie totali della giornata), sempre scelto tra gli alimenti già individuati per lo spuntino del paziente adulto. In alcuni casi è previsto anche un piccolo spuntino (corrispondente a 80-100 kcal, pari al 5% delle calorie totali) a metà mattina.

4.3 La giornata alimentare del degente immunodepresso

Tutti i pazienti in isolamento perchè immunodepressi e/o sottoposti a TMO (trapianto di midollo osseo) potranno comporre la propria giornata alimentare in modo guidato dal personale di reparto che applica al menù base le dovute modifiche in base alle griglie di correzione.

Criteri di impostazione del pasto

Per le problematiche del paziente immunodepresso risulta determinante valutare il sistema di preparazione e distribuzione del vitto in uso, poichè ogni differente tipologia di distribuzione impone la necessità di adottare particolari misure precauzionali.

È quindi necessario individuare modalità igieniche specifiche, codificate, formalizzate e condivise da tutto il personale coinvolto.

Sulla scorta di diversi studi effettuati, non si ritiene necessario prevedere un menù speciale per questa tipologia di degenti, ma solo il rispetto di alcune indicazioni generali quali, ad esempio, l'eliminazione di tutti gli alimenti ad elevato rischio igienico: alimenti crudi, manipolati e multi porzione. Esiste la possibilità, inoltre, di integrare il menù di base con ulteriori scelte adeguate alla condizione (formaggi stagionati monoporzione, tonno in scatola monoporzione, etc.).

4.4 Il menù base corretto

Il menù base può essere modificato applicando opportune griglie di correzione per soddisfare le esigenze di pazienti con parti-

colari necessità dietetico-nutrizionali (alimentazione di facile digeribilità o a consistenza modificata) in funzione di trattamenti diagnostici e/o terapeutici effettuati ed in particolare:

- a seguito di alcuni accertamenti diagnostici o di terapie fisiche o farmacologiche;
- nel periodo che precede o immediatamente successivo ad interventi chirurgici;
- in presenza di deficit della masticazione e/o della deglutizione (non gravi);

In questi casi i pazienti potranno comporre la propria giornata alimentare solo in modo guidato dal personale di reparto, personale che applica al menù base la griglia riduttiva o accrescitiva opportuna, stabilita su indicazione del personale medico e/o infermieristico. Di seguito sono riportati alcuni esempi di «griglie di correzione».

Griglia di correzione del menù base per alimentazione ridotta

È un'alimentazione da utilizzare transitoriamente, per brevi periodi di tempo, poichè inadeguata dal punto di vista calorico e nutrizionale. Prevede alimenti non asciutti, prevalentemente costituiti da carboidrati semplici e complessi, con scarso apporto di fibra alimentare e minimo apporto di grassi e proteine.

Esempio per il pranzo e per la cena:

- 1° piatto: semolino o pastina
- 2° piatto: non previsto
- contorno: purè o verdura a vapore
- pane: non previsto
- frutta: mousse di frutta.

Griglia di correzione del menù base per alimentazione di facile digeribilità

È una dieta facilmente digeribile, composta da alimenti cucinati in modo semplice, senza intingoli, che prevede uno scarso apporto di fibra alimentare, apporti controllati di grassi, adeguato apporto proteico.

Esempio per il pranzo e per la cena:

- 1° piatto: semolino o pastina o pasta o riso all'olio
- 2° piatto: carne o pesce (cucinatura semplice) o formaggio ipolipidico o prosciutto cotto o crudo o bresaola
- contorno: purè o verdura a vapore
- pane: previsto
- frutta: mousse di frutta o frutto intero scelto tra mela o pera.

Griglia di correzione del menù base per alimentazione a consistenza modificata

Fornisce cibi di consistenza morbida ed omogenea, per coloro che presentano difficoltà di masticazione e/o deglutizione come pazienti anziani o pazienti con disfagia di grado lieve.

Esempio per il pranzo e per la cena:

- 1° piatto: semolino o pastina micron in brodo o passati di verdura o passati di legumi
- 2° piatto: carne frullata o omogeneizzato di carne o formaggi morbidi
- contorno: purè o verdura frullata
- patata lessata (in sostituzione del pane)
- frutta: mousse di frutta.

4.5 La giornata alimentare del paziente con specifiche necessità dietetico-nutrizionali: le diete standard e le diete speciali personalizzate

Per tutti i pazienti con patologie sensibili a correzioni dietetiche precise (patologie dieta-correlate) si ricorre alle «diete standard» raccolte nel Dietetico Ospedaliero; per i pazienti con problematiche nutrizionali complesse (associazione di più patologie, co-presenza di sintomatologia dieta-sensibile...) si richiede una «dieta speciale personalizzata» impostata su consulenza del Servizio Dietetico.

Le diete che ogni struttura ospedaliera garantisce per assicurare adeguati livelli di sicurezza nutrizionale sono:

- dieta ipocalorica a contenuto controllato in zuccheri semplici, grassi saturi e colesterolo;
- dieta iposodica;
- dieta ipoproteica;
- dieta senza glutine;

- dieta a basso residuo e senza lattosio;
- diete per rialimentazione.

Le diete standard sono declinate in menù dietetici che mantengono come traccia il menù di base, con l'apporto di dovute correzioni che definiscono le caratteristiche dietetico-nutrizionali specifiche. I criteri di stesura di tali menù devono attenersi a queste indicazioni:

- *modificare il menù di base* secondo le differenti necessità dietetiche, mantenendolo comunque come punto di riferimento principale, al fine di rendere più agevole la programmazione dell'approvvigionamento delle derrate alimentari e di facilitare le procedure di cucina. Questa strategia, fra l'altro, favorisce l'accettazione della restrizione dietetica da parte del paziente;

- *applicare le correzioni dietetiche* utilizzando protocolli validati dalle evidenze epidemiologiche indicate nelle Linee Guida delle Società Scientifiche che si occupano rispettivamente dei vari ambiti di patologia (diabete, obesità, nefropatie, celiachia, ipertensione...);

- *applicare le indicazioni dietetiche*, sia rispetto alle tecniche di manipolazione e cottura degli alimenti, sia rispetto all'utilizzo di alimenti a composizione speciale (alimenti per celiaci, alimenti ipoteici...);

- *valutare* sempre la qualità sensoriale e di gradevolezza della ricetta finita.

DIETA IPOCALORICA, CONTROLLATA NELL'APPORTO IN ZUCCHERI SEMPLICI, GRASSI SATURI E COLESTEROLO

Si rivolge alla grande fascia di pazienti che presentano patologie metaboliche, spesso associate tra loro, quali obesità, diabete e dislipidemie.

Caratteristiche nutrizionali

- Differenti livelli calorici (es. 1000-1200-1500-1800 kcal)
- CARBOIDRATI totali pari a circa 55% delle calorie totali con riduzione degli apporti in zuccheri semplici
- FIBRA > 28 g/die
- COLESTEROLO < 200 mg/die
- GRASSI totali della dieta < 30% delle calorie totali della dieta, con presenza di grassi saturi < 10% delle calorie totali, polinsaturi fino al 10% delle calorie totali, monoinsaturi pari al 10-15% delle calorie totali.

Caratteristiche del menù dietetico

- Pane integrale
- Alta frequenza di pesce e carni bianche
- Bassa frequenza di prosciutto cotto o crudo magro o bresaola.
- Bassa frequenza di formaggi, scelti tra i tipi non stagionati e/o a ridotto tenore lipidico.
- Preparazione e cottura dietetica degli alimenti*.

***Preparazione e cottura «dietetica» degli alimenti:** sgrassatura delle carni; lavaggio e cottura appropriato delle verdure per favorire gli apporti di sali minerali e vitamine; utilizzo di quantità di condimento misurate; olio di oliva a crudo; cotture che non prevedono l'aggiunta di grassi e, ove possibile, poco prolungate.

DIETA IPOIODICA

Si rivolge a pazienti che presentano condizioni cliniche in cui è necessario diminuire gli apporti di sodio, come nel caso di: ipertensione, insufficienza epatica con presenza di ascite, gestosi gravidica, cardiopatie scompensate, edemi.

Caratteristiche nutrizionali

- NORMOCALORICA (almeno due livelli calorici differenti)
- NaCl < 3000 mg/die (pari a 1200 mg di Na)
- NUTRIENTI PRINCIPALI (proteine, lipidi, carboidrati): apporti NORMALI della dieta fisiologica

Per consentire la modulazione dell'apporto di Sodio con la dieta alimentare, nel rispetto della prescrizione medica, si deve prevedere la fornitura di Cloruro di Sodio in bustine monoporzionata da 1 grammo (pari a 400 mg di Na).

Caratteristiche del menù dietetico

- Pane senza sale aggiunto
- Esclusione dei salumi
- Bassa frequenza di formaggi scelti tra i tipi freschi non stagionati

- Preparazione e cottura degli alimenti senza aggiunta di sale e/o dado; utilizzo di erbe aromatiche e/o verdure come insaporitori.

- Preparazione e cottura dietetica degli alimenti.

DIETA IPOPROTEICA

Si rivolge a pazienti in condizioni cliniche che necessitano una restrizione dell'apporto proteico, come nei casi di: insufficienza renale cronica, fasi di scompenso acuto delle epatopatie con encefalopatia portoepatica.

Caratteristiche nutrizionali

- NORMOCALORICA (almeno due livelli calorici differenti)
- PROTEINE totali: 30 g/die oppure 40 g/die
- FOSFORO < 800 mg/die
- Eventuale restrizione apporto NaCl < 3.000 mg/die (pari a 1200 mg di Na)

Questa dieta può essere in alcuni casi associata a quella iposodica.

Caratteristiche del menù dietetico

- Pane speciale aproteico
- Pasta speciale aproteica
- Quantità controllate di alimenti proteici freschi (carne, pesce, uova)
- Frequenza ridotta di formaggi scelti tra i tipi freschi non stagionati
- Cottura controllata degli alimenti aproteici, per salvaguardarne l'integrità
- Eventuale preparazione e cottura degli alimenti senza aggiunta di sale e/o dado; utilizzo di erbe aromatiche e/o verdure come insaporitori.

DIETA SENZA GLUTINE

Si rivolge a pazienti affetti da malattia celiaca, dermatite erpetiforme, e si applica nei casi per cui è richiesta l'esclusione del glutine dalla dieta.

Caratteristiche nutrizionali

- NORMOCALORICA (almeno due livelli calorici differenti)
- PRIVA DI GLUTINE
- NUTRIENTI PRINCIPALI (proteine, lipidi, carboidrati): apporti NORMALI della dieta fisiologica

Caratteristiche del menù dietetico

- Pane speciale privo di glutine
- Pasta speciale priva di glutine, alternata al riso
- Formaggi e salumi garantiti privi di glutine
- Rispetto in cucina delle procedure previste per evitare la contaminazione crociata con alimenti contenenti glutine.
- Preparazione e cottura dietetica degli alimenti.

DIETA A BASSO RESIDUO E PRIVA DI LATTOSIO

Si rivolge a pazienti con patologie gastroenteriche o sintomatologia addominale e si applica in tutti i casi in cui è necessario preparare l'intestino all'esecuzione di test diagnostici strumentali.

Caratteristiche nutrizionali

- NORMOCALORICA (almeno due livelli calorici differenti)
- PRIVA DI LATTOSIO
- FIBRA < 10-15 g/die (il grado di restrizione può essere stabilito dal medico)
- NUTRIENTI PRINCIPALI (proteine, lipidi, carboidrati): apporti NORMALI della dieta fisiologica.

Caratteristiche del menù dietetico

- Fette biscottate – pane bianco senza mollica
- Pasta alternata al riso, conditi con olio
- Carne bianca, pesce, cucinati ai ferri o al forno
- Esclusione dei formaggi
- Esclusione di frutta e verdure ad eccezione di: patate lessate e omogeneizzato di mela.
- Preparazione e cottura dietetica degli alimenti.

DIETE PER LA RIALIMENTAZIONE

Si rivolge a pazienti che necessitano uno svezzamento da nutrizione artificiale prolungata o nella fase post-operatoria di interventi chirurgici sull'apparato gastroenterico.

Caratteristiche nutrizionali

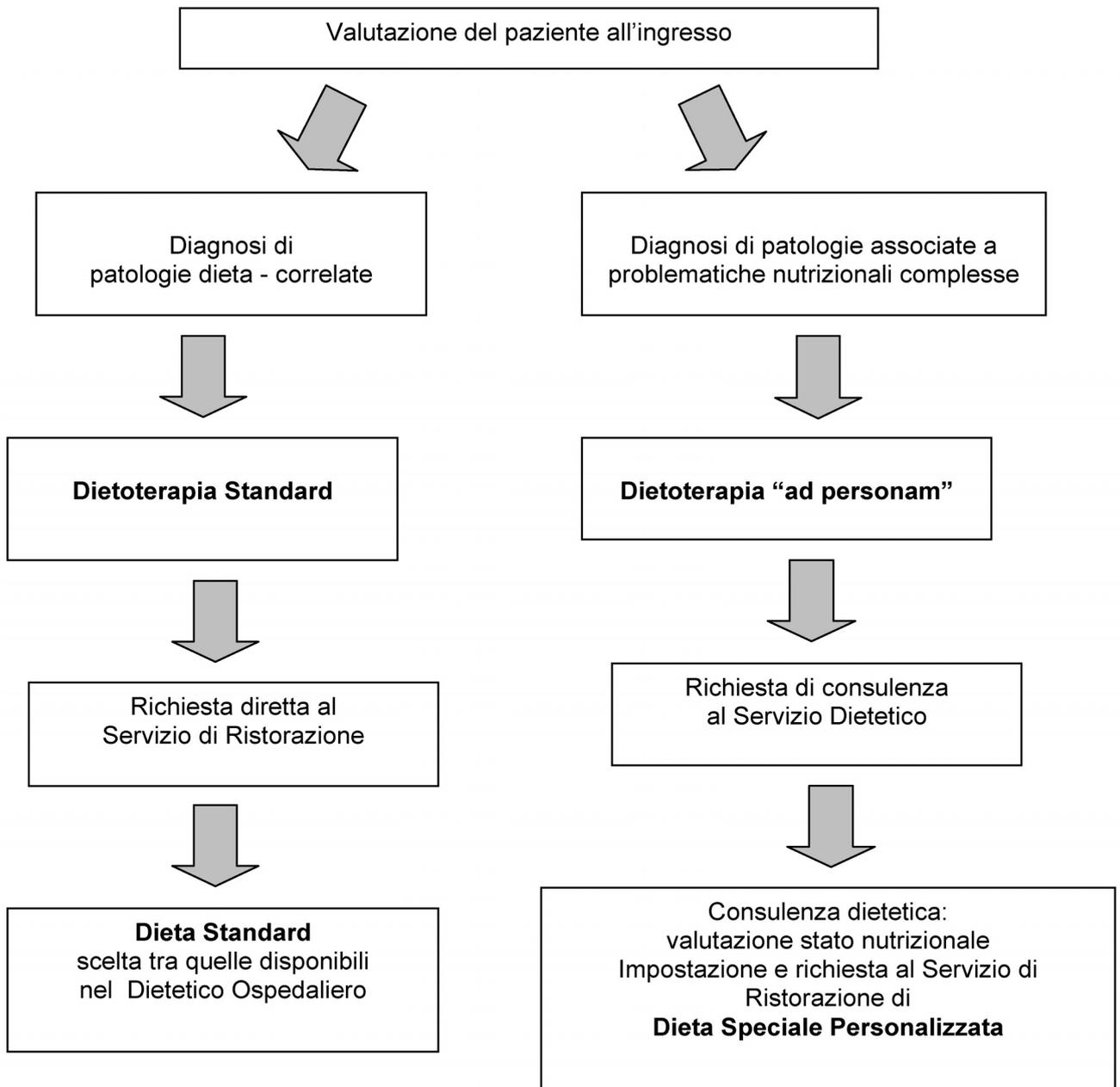
- IPOCALORICA: 3 livelli graduali: 400 Kcal, 600 kcal, 1000 kcal
- FRAZIONATA, DI FACILE DEGLUTIZIONE
- RIDOTTA PRESENZA DI LATTOSIO
- FIBRA < 15 g
- PROTEINE, LIPIDI: 3 livelli graduali: apporti inizialmente ridotti, da aumentare progressivamente nei livelli successivi.

Caratteristiche del menù dietetico

- Fette biscottate – pane bianco senza mollica
- Semolino o pastina in brodo vegetale – pasta o riso conditi con olio
- Omogeneizzati di carne, formaggio ipolipidico – carne bianca al vapore, pesce al vapore, formaggio grana, prosciutto crudo magro
- Patate o carote lessate condite con olio
- Preparazione e cottura dietetica degli alimenti.

Di seguito, infine, si illustra uno schema di percorso operativo che sintetizza i contenuti appena trattati.

PERCORSO OPERATIVO



5. VALUTAZIONE DEL SERVIZIO E PROGETTAZIONE DEL CAMBIAMENTO

Premessa

L'esternalizzazione parziale o totale del servizio di ristorazione ospedaliera è una soluzione che può essere utilizzata, ad esempio, per razionalizzare costi globali troppo elevati, per riqualificare il personale, per adottare processi tecnologici che richiedono profili professionali di alto livello e per eseguire ristrutturazioni degli stabilimenti produttivi.

I punti qualificanti del servizio, individuati ed esplicitati nel capitolato d'appalto, rappresentano lo strumento principale per la definizione della qualità del servizio di ristorazione ospedaliera.

È fondamentale realizzare un sistema di audit (anche con l'uso di check-list) che permetta di stabilire il livello ed i punti deboli del servizio e le aree di miglioramento; è necessario, inoltre, formalizzare gli obiettivi da raggiungere attraverso un piano di lavoro preciso anche per redigere i capitolati.

5.1 L'autovalutazione delle necessità

Ogni struttura sanitaria possiede peculiarità che devono essere analizzate per formulare richieste in capitolato atte a soddisfare le esigenze della popolazione che usufruirà dei servizi di ristorazione ospedaliera.

Occorre prevedere l'istituzione di un gruppo di lavoro interno avente funzioni di controllo e miglioramento continuo del servizio, costituito da figure che devono rappresentare le seguenti aree: Direzione Sanitaria, Direzione Amministrativa, Economo, Ufficio Tecnico, Servizio Dietetico.

Alcune di queste peculiarità devono essere particolarmente analizzate sia in occasione della stesura dei capitolati di appalto, sia successivamente nell'ambito dei controlli.

Si possono identificare alcune aree principali in cui è necessario porre attenzione auto-valutando la propria realtà per la stesura di un capitolato con espresso riferimento agli aspetti organizzativi, nutrizionali, igienici ambientali ed economici.

Naturalmente tutti questi aspetti richiedono una valutazione integrata, al fine di garantire una ricaduta ottimale sul servizio.

Relativamente agli aspetti organizzativi, si ritiene utile evidenziare che le prenotazioni dei pasti per i degenti costituiscono una fase delicata che può incidere significativamente sull'organizzazione generale.

Nel caso di esternalizzazione, il momento della prenotazione deve essere fortemente integrato tra ditta appaltatrice ed unità di degenza.

Deve essere valutata attentamente anche la fase distributiva dei pasti, sapendo che occorre garantire, nel rispetto dei requisiti igienico-sanitari di sicurezza, una temperatura ottimale al momento del consumo. È necessario prevedere sistemi che assicurino questa esigenza, unitamente alla personalizzazione del pasto.

È altresì necessario garantire una corretta informazione e comunicazione, da parte del personale medico ed infermieristico delle unità operative, sulle diverse proposte dietetiche coinvolgendo ed educando i degenti e gli eventuali accompagnatori e visitatori.

Per facilitare questo compito si suggerisce l'utilizzo di strumenti quali opuscoli specifici, supporti audiovisivi, ecc.

Non va dimenticata, inoltre, che la composizione del vassoio (combinazione delle pietanze e caratteristiche degli accessori) può fare risultare più gradevole un pasto proprio in funzione dell'impatto visivo esercitato sull'utente.

Di seguito si fornisce un promemoria esemplificativo di una check-list.**ESEMPIO DI CHECK LIST PER LA VERIFICA DEL SERVIZIO DI RISTORAZIONE OSPEDALIERA**

Committente: _____

Unità: _____

TIPO DI RISTORAZIONE**A) DIRETTA****B) MISTA: (specificare)****C) ESTERNALIZZATA****Audit programmato** si no **Con preavviso** si no **Audit straordinario** si no **Con preavviso** si no **Responsabile presente all'audit:****Per il Gestore (se esternalizzata):** _____**Per l'Azienda Ospedaliera** _____

Altri: _____

Data Audit: ____/____/____

Dalle ore: ____ alle ore: ____

Auditor / Team Leader:

| NOMINATIVO | AZIENDA | QUALIFICA |
|-------------------|----------------|------------------|
| • _____ | _____ | _____ |
| • _____ | _____ | _____ |
| • _____ | _____ | _____ |
| • _____ | _____ | _____ |

LEGENDA

NA: NON APPLICABILE

NV: NON VALUTABILE

NC: NON CONFORMITÀ

PRODUZIONE PASTI**Derrate alimentari**

- I mezzi di trasporto delle derrate sono puliti e conformi alla normativa vigente? si no NA NV
- Le derrate refrigerate e surgelate sono stoccate nelle relative celle e in tempi adeguati? si no NA NV
- Le derrate sono riposte in modo ordinato e divise per categorie merceologiche? si no NA NV
- Le derrate alimentari, il confezionamento e l'etichettatura, sono conformi ai requisiti previsti dalla normativa vigente e dal contratto (se esternalizzato)? si no NA NV
- Sono presenti i prodotti tipici, tradizionali, a denominazione certificata o da agricoltura biologica previsti dal contratto (se esternalizzato)? si no NA NV
- Le derrate sono conservate secondo le modalità previste dal contratto e dal Manuale di autocontrollo interno o dell'impresa? si no NA NV
- Le derrate sono conservate alle temperature previste dalla normativa vigente? si no NA NV
- Sono assenti prodotti scaduti? si no NA NV

Igiene della produzione

9. Le operazioni di produzione sono condotte nel rispetto delle GMP (Good Manufacturing Practice)? si no NA NV
10. Gli addetti sono a conoscenza delle procedure di igiene relative alle loro competenze? si no NA NV
11. L'abbigliamento degli addetti è conforme alla normativa vigente? si no NA NV
12. Il personale risulta essere adeguatamente formato per le tematiche inerenti la operatività cui è destinato (formazione prevista dei Piani di formazione annuale dell'Azienda Ospedaliera o dell'impresa se esternalizzato)? si no NA NV

Produzione dei pasti e menù

13. La produzione dei pasti è condotta secondo corrette modalità igieniche e operative e comunque in coerenza con le GMP contenute nel Manuale di Autocontrollo? si no NA NV
14. Gli utensili e il pentolame utilizzati per le preparazioni sono idonei e conformi alle specifiche previste dalle norme igieniche? si no NA NV
15. Gli ingredienti e i condimenti sono utilizzati secondo le modalità previste dal dietetico ospedaliero? si no NA NV
16. Il menù è affisso/disponibile o comunque adeguatamente comunicato all'utenza? si no NA NV
17. È rispettato il menù giornaliero? si no NA NV
18. Eventuali variazioni rientrano nelle deroghe previste dal contratto (solo se esternalizzato)? si no NA NV
19. I pasti erogati corrispondono in quantità e qualità a quanto prenotato? si no NA NV
20. Le diete speciali sono confezionate accuratamente e utilizzando ingredienti idonei alle specifiche necessità? si no NA NV

Sanificazione e disinfestazione

21. I locali sono sufficientemente puliti e in ordine, compatibilmente con le operazioni in atto? si no NA NV
22. Le attrezzature utilizzate per la produzione sono pulite? si no NA NV
23. Sono assenti tracce di infestanti e roditori? si no NA NV
24. I prodotti detergenti e sanificanti corrispondono alle specifiche previste dal contratto? si no NA NV
25. Le attrezzature utilizzate per le pulizie corrispondono alle specifiche previste dal contratto (se esternalizzato)? si no NA NV
26. Le modalità di utilizzo e di stoccaggio dei prodotti detergenti e sanificanti sono conformi Alle norme igieniche? si no NA NV
27. Il piano di sanificazione è eseguito correttamente e con regolarità? si no NA NV
28. La gestione dei rifiuti è condotta conformemente a quanto previsto dal contratto, dalla normativa inerente e dalle normative comunali sulla raccolta differenziata? si no NA NV
29. Gli interventi di derattizzazione e disinfestazione sono svolti con la frequenza prevista dal contratto e regolarmente documentati? si no NA NV

Conservazione dei pasti

30. Le modalità di trasporto dei pasti conformi alla normativa vigente e ai requisiti previsti dal contratto (se esternalizzato)? si no NA NV
31. I sistemi/attrezzature per il mantenimento/rinvenimento dei pasti cotti da consumarsi caldi, cotti refrigerati e piatti freddi sono idonei ad assicurare le corrette temperature di conservazione/consumo e conformi ai requisiti previsti dal contratto (se esternalizzato)? si no NA NV
32. Le modalità di conservazione dei pasti sono conformi alla normativa vigente e ai requisiti previsti dal contratto (se esternalizzato)? si no NA NV
33. Le temperature di conservazione dei pasti sono conformi alla normativa vigente e ai requisiti previsti dal contratto (se esternalizzato)? si no NA NV

Manutenzione delle strutture

34. Gli interventi di manutenzione ordinaria delle strutture e degli impianti sono svolti con la frequenza prevista dal contratto e regolarmente documentati? si no NA NV
35. Le condizioni di manutenzione di pavimenti, pareti e soffitti sono soddisfacenti? si no NA NV
36. I fognoli e gli scarichi sono efficienti e privi di residui? si no NA NV
37. Il sistema di aspirazione è efficiente e i filtri delle cappe sono puliti? si no NA NV
38. Sono presenti idonei sistemi per impedire l'accesso di insetti e altri animali? si no NA NV
39. Sono presenti lavamani in numero sufficiente e funzionanti? si no NA NV
40. I servizi igienici sono adeguati? si no NA NV
41. Gli spogliatoi sono dotati di un numero sufficiente di armadietti a doppio scomparto? si no NA NV

Manutenzione delle attrezzature

42. Gli interventi di manutenzione ordinaria delle attrezzature sono svolti con la frequenza prevista dal contratto e regolarmente documentati? si no NA NV
43. Le attrezzature di conservazione sono efficienti e in buono stato di manutenzione? si no NA NV
44. Le attrezzature di lavorazione sono efficienti e in buono stato di manutenzione? si no NA NV
45. Le attrezzature di cottura sono efficienti e in buono stato di manutenzione? si no NA NV
46. I sistemi/attrezzature per il mantenimento/rinvenimento e i mezzi di trasporto sono efficienti e in buono stato di manutenzione? si no NA NV

Piano di autocontrollo

47. La documentazione concernente il Piano di Autocontrollo è presente e facilmente accessibile? si no NA NV
48. Il Piano di Autocontrollo è correttamente applicato ed il monitoraggio dei CCP (Critical Control Point) regolarmente documentato? si no NA NV
49. In caso di non conformità sono regolarmente attuate le procedure di "gestione delle non conformità"? si no NA NV
50. La campionatura dei pasti è condotta in conformità al contratto? si no NA NV

Sistema di Qualità

51. Sono attuate le procedure previste dal Manuale della Qualità? si no NA NV
52. Sono presenti i Rapporti di audit interni della qualità? si no NA NV
53. Sono registrati e gestiti in tempi utili i Reclami e le Non Conformità? si no NA NV

Documentazione

54. È presente la D.I.A.P. (Dichiarazione di inizio attività produttiva)? si no NA NV
55. È presente il registro smaltimento rifiuti speciali? si no NA NV
56. Sono presenti le schede di sicurezza dei prodotti di sanificazione? si no NA NV
57. È presente il contratto di manutenzione periodica degli estintori? si no NA NV

Sicurezza (Decreto Legislativo 81/08)

58. È presente la documentazione di valutazione dei rischi per la sicurezza e salute sul lavoro? si no NA NV
59. È presente la cartellonistica di sicurezza? si no NA NV
60. Sono presenti e utilizzati, ove previsto, i D.P.I. (Dispositivi di Protezione Individuale)? si no NA NV
61. Il personale è formato sui rischi connessi allo svolgimento delle proprie mansioni e ha effettuato le prove di evacuazione previste? si no NA NV

Organizzazione del servizio e organico

62. L'organico presente è numericamente conforme a quanto previsto dal contratto (se esternalizzato), o comunque congruo al corretto espletamento del servizio? si no NA NV
63. Sono rispettate le modalità relative al reintegro del personale mancante? si no NA NV
64. L'inquadramento degli addetti corrisponde a quello previsto dai documenti contrattuali (se esternalizzato)? si no NA NV

DISTRIBUZIONE PASTI**Veicolazione dei pasti**

65. Orario di consegna dei pasti al reparto/terminale di consumo: è conforme? si no NA NV
66. I pasti sono stati consegnati in orario? si no NA NV
67. I pasti consegnati corrispondono a quelli ordinati? si no NA NV
68. I pasti consegnati sono personalizzati? si no NA NV
69. Le diete speciali corrispondono alle richieste per qualità e quantità? si no NA NV
70. Le diete speciali sono correttamente identificate anche nel rispetto dei dati sensibili? si no NA NV
71. Tutti i pasti caldi e freddi sono consegnati in appositi sistemi/attrezzature termiche? si no NA NV
72. Le altre derrate componenti il pasto sono stati consegnati in modo idoneo? si no NA NV
73. Le attrezzature/sistemi di veicolazione dei pasti sono in buono stato e puliti? si no NA NV

Igiene ambientale

74. I locali di ricevimento / assemblaggio sono sufficientemente puliti e ordinati? si no NA NV
75. Le attrezzature/sistemi di veicolazione sono in buono stato di manutenzione? si no NA NV
76. Gli utensili utilizzati per la distribuzione sono puliti? si no NA NV
77. Le stoviglie e le posate sono pulite e in buono stato manutentivo? si no NA NV

Somministrazione dei pasti

Orario inizio somministrazione: _____ Orario fine somministrazione: _____

78. Il servizio di somministrazione è ben organizzato e scorrevole? si no NA NV
79. I carrelli di servizio vengono allestiti correttamente? si no NA NV
80. I sistemi/attrezzature per il mantenimento/rinvenimento conservazione dei pasti sono correttamente gestiti? si no NA NV
81. Le operazioni di somministrazione sono condotte nel rispetto delle GMP? si no NA NV
82. Il personale è a conoscenza dei quantitativi da distribuire? si no NA NV
83. Gli utensili utilizzati per la somministrazione sono adatti? si no NA NV
84. Il tempo intercorso tra la consegna dei pasti e la somministrazione è adeguato? si no NA NV
85. La divisa degli addetti alla somministrazione è conforme? si no NA NV
86. Il personale addetto alla somministrazione ha un comportamento professionale e cortese? si no NA NV
87. Sono rispettate le prenotazioni dei pazienti? si no NA NV
88. È garantita la consumazione del pasto ai pazienti non in grado di auto somministrazione? si no NA NV
89. È rispettata la volontà del paziente riguardo alla sede di consumazione del pasto (letto/camera degenza/spazio comune)? si no NA NV

90. Sono avanzati dei pasti? si no NA NV
91. I pasti eventualmente avanzati sono rinviati in cucina? si no NA NV
92. Nella tisaneria/cucina di reparto sono stati rinvenuti alimenti avanzati da somministrazioni precedenti? si no NA NV
93. Le preparazioni distribuite sono gradite ai pazienti? si no NA NV

Piano di autocontrollo (da compilare solo se la somministrazione è prestata da soggetto diverso da chi effettua la produzione)

94. Il piano di autocontrollo igienico è presente e facilmente accessibile? si no NA NV
95. La modulistica è compilata in modo corretto e secondo la periodicità prevista dal Manuale di Autocontrollo? si no NA NV

VALUTAZIONE FINALE DEL SERVIZIO DI RISTORAZIONE

- TOTALE NC (Non Conformità) rilevate n. _____ NC maggiori n. _____ NC minori n. _____
- Le NC rilevate dovranno essere chiuse entro il _____
- NC già rilevate in precedenti audit n. _____ identificate sulla check list con il n. _____
- Le NC rilevate in precedenti audit e chiuse nei termini previste sono state risolte in maniera efficace? si no

• Suggerimenti per la chiusura delle NC:

- NC n. ____: _____

- NC n. ____: _____

- NC n. ____: _____

DICHIARAZIONI DEL RAPPRESENTANTE DELLA IMPRESA DI RISTORAZIONE (se esternalizzata)

Della presente check list è stata rilasciata copia:

.....

al Rappresentante dell'Impresa

Firma Auditors: _____

Firma del rappresentante del Gestore (se esternalizzata): _____

5.2 Criteri per la redazione di un capitolato

Si riportano, di seguito, alcuni elementi da considerare nella redazione di un capitolato d'appalto:

- la suddivisione degli oneri;
- le modalità di rendicontazione dei servizi erogati;
- le modalità di pagamento;
- le modalità di fatturazione;
- la revisione dei prezzi;
- le sanzioni e le penali;
- le cauzioni;
- le modalità di risoluzione e recesso.

Nel progetto-offerta, come previsto dal d.lgs. n. 163/2006, devono comunque essere esplicitati:

- il costo delle derrate;
- il costo della manodopera;
- le spese accessorie;
- gli oneri relativi ai trasporti;
- le spese per investimento;
- eventuali altri oneri.

Di seguito si fornisce un promemoria esemplificativo di un capitolato per la gestione esternalizzata

Titolo 1 – Indicazioni generali dell'appalto

- 1.1. Definizioni
- 1.2. Finalità del servizio e/o dell'appalto
- 1.3. Oggetto e valore dell'appalto
- 1.4. Durata dell'appalto
- 1.5. Tipologia del servizio
- 1.6. Modalità presentazione offerta
- 1.7. Contenuto del plico
- 1.8. Apertura dei pieghi contenenti le offerte
- 1.9. Cauzione provvisoria e definitiva
- 1.10. Sopralluogo
- 1.11. Tipologia dell'utenza
- 1.12. Dimensione presunta dell'utenza (ed eventualmente dei lotti)
- 1.13. Ubicazione dei centri cottura e/o delle cucine e/o dei Reparti e delle mense dipendenti
- 1.14. Gestione della fase di subentro della nuova gestione
- 1.15. Gestione della fase transitoria (nelle more dell'esecuzione di eventuali lavori di adeguamento o realizzazione nuove cucine)
- 1.16. Ipotesi di interruzione del servizio
- 1.17. Criteri di aggiudicazione

Titolo 2 – Personale

- 2.1. Struttura organizzativa dell'impresa in funzione del servizio oggetto dell'appalto
- 2.2. Organico complessivo
 - 2.2.1. Elenco del personale attualmente in forza: monte ore settimanali; settimane lavorate all'anno; contratto; qualifica; livello di inquadramento
 - 2.2.2. Eventuale presenza di personale dell'ente appaltante
- 2.3. Qualifica ed esperienza professionale
- 2.4. Personale e rapporto di lavoro
- 2.5. Reintegro personale mancante
- 2.6. Condizioni normative e retributive
- 2.7. Tipologia del vestiario
- 2.8. Igiene del personale
- 2.9. Disposizioni igienico sanitarie
- 2.10. Addestramento e formazione

Titolo 3 – Modalità del servizio

- 3.1. Prenotazione dei pasti
- 3.2. Orario del servizio, legame fresco caldo, legame refrigerato, dietetico specialistico, sistema di cottura, sistema di confezionamento, sistema di distribuzione, sistema di approvvigionamento
- 3.3. Fornitura di derrate non alimentari e materiali di consumo

3.4. Prestazioni accessorie (derattizzazione, manutenzione straordinaria...)

Titolo 4 – Qualità del menù e delle materie prime alimentari (dettagli negli allegati tecnici)

- 4.1. Menù per le diverse utenze
- 4.2. Specifiche tecniche delle derrate alimentari
- 4.3. Tabelle dietetiche
- 4.4. Variazioni del menù
- 4.5. Diete speciali e menù di emergenza
- 4.6. Menù alternativi (menù d'ingresso e menù etnici e religiosi)
- 4.7. Specifiche tecniche relative all'igiene degli alimenti

Titolo 5 – Requisiti igienici della produzione

- 5.1. Riferimenti legislativi e regolamenti regionali
- 5.2. Pulizia ed igiene delle strutture di produzione, trasporto e consumo
- 5.3. Disinfestazione e derattizzazione
- 5.4. Modalità di raccolta e gestione dei rifiuti

Titolo 6 – I trasporti

- 6.1. Contenitori
- 6.2. Automezzi
- 6.3. Piano dei trasporti

Titolo 7 – Struttura, impianti, attrezzature ed arredi

- 7.1. I locali per la produzione (A NORMA)
- 7.2. Consegna degli immobili, inventario e stato d'uso
- 7.3. Interventi di adeguamento (dettagli negli allegati tecnici):
 - 7.3.1. Integrazione e sostituzione delle attrezzature
 - 7.3.2. Ristrutturazione e/o costruzione immobili
- 7.4. Definizione di manutenzione ordinaria e straordinaria
- 7.5. Inventario di riconsegna

Titolo 8 – Norme di prevenzione, sicurezza e antinfortunistica sui luoghi di lavoro

- 8.1. Disposizioni in materia di sicurezza
- 8.2. Segnaletica di sicurezza
- 8.3. Piano di evacuazione
- 8.4. Norme di sicurezza sull'impiego dei prodotti detergenti e sanificanti
- 8.5. Obblighi a carico dell'ente appaltante
 - 8.5.1. Consegna all'appaltatore di locali ed attrezzature a norma di legge con relativa documentazione di sicurezza
 - 8.5.2. Consegna all'appaltatore del piano di evacuazione dell'ente appaltante
 - 8.5.3. Consegna all'appaltatore del DUVRI (Documento Unico Valutazione Rischi delle Interferenze)
 - 8.5.4. Determinazione del costo della sicurezza per i rischi interferenti

Titolo 9 – Ripartizione degli oneri

- 9.1. Oneri a carico dell'Impresa
- 9.2. Oneri a carico dell'ente appaltante

Titolo 10 – Metodologie di controllo di conformità del servizio

- 10.1. Esempificazione di strumenti e metodi di controllo
- 10.2. Esempificazione di Soggetti o organismi preposti al controllo e requisiti (es. laboratori accreditati SINAL)

Titolo 11 – Miglioramento continuo della qualità e dell'ambiente

- 11.1. Calcolo delle performance
- 11.2. Organismi bilaterali per monitorare la qualità del servizio erogato e individuare azioni conseguenti

Titolo 12 – Aspetti contrattuali

- 12.1. Prezzi
- 12.2. Modalità di pagamento
- 12.3. Fatturazione
- 12.4. Revisione dei prezzi
- 12.5. Stipulazione del contratto
- 12.6. Subappalto

12.7. Clausole di risoluzione anticipata del contratto

12.8 Penali e sanzioni

12.9 Richiami normativi

Promemoria esemplificativo di un capitolato per una gestione diretta

1. Indicazioni generali dell'appalto

1.1 Premessa

1.2 Oggetto e valore della gara

1.3 Durata dell'appalto

1.4 Condizioni economiche della fornitura

1.5 Modalità di pagamento, fatturazione

1.6 Sopralluogo per la valutazione logistica

1.7 Modalità presentazione offerta

1.8 Contenuto del plico

1.9 Apertura dei pieghi contenenti le offerte

1.10 Criteri di aggiudicazione

1.11 Stipulazione del contratto

1.12 Revisione prezzi

1.13 Subappalto

1.14 Responsabilità dell'aggiudicatario

1.15 Ordinazioni e somministrazione

1.16 Cauzione provvisoria e definitiva

1.17 Ricognizione e verifiche

1.18 Ricevuta di consegna

1.19 Clausole di risoluzione anticipata del contratto

1.20 Penali e sanzioni

1.21 Richiami normativi

2. Capitolato tecnico

2.1 Premessa

2.2. Parte generale

2.3 Disposizioni generale

2.4 Caratteristiche dei prodotti

2.5 Qualità della fornitura

2.6 Identificazione e rintracciabilità

2.7 Mezzi di trasporto

2.8 Elenco dei prodotti

2.9 Prodotti da campionare

2.10 Requisiti microbiologici

2.11 Richiami normativi

6. LA FORMAZIONE DEGLI ADDETTI

La formazione rappresenta uno degli elementi strategici per la promozione delle finalità contenute nelle presenti linee guida e per sostenere i processi di cambiamento e miglioramento del servizio che si intende offrire al cittadino.

Negli ultimi anni, l'orientamento delle strutture ospedaliere è stato quello di esternalizzare, in parte o totalmente, il servizio di ristorazione, perciò si sono create particolari situazioni gestionali (cambi di competenze e di ruolo) che richiedono adeguati processi formativi di tutte le componenti coinvolte.

L'accompagnamento di questi cambiamenti non può prescindere dal contesto produttivo ed organizzativo in essere presso le Aziende, nonché dagli obiettivi prefissati.

• **gestione diretta:** questo sistema organizzativo di ristorazione, totalmente a carico delle Aziende Ospedaliere, necessita di maggiore attenzione di intervento sul processo di ricognizione dei bisogni formativi dei diversi operatori coinvolti, affinché si realizzi una solida integrazione tra le parti della catena, dall'approvvigionamento alla distribuzione.

• **gestione in esternalizzazione parziale:** questo sistema organizzativo, a gestione mista, necessita di interventi formativi rivolti al personale della struttura ospedaliera che può essere destinato, con nuove competenze, a funzioni di controllo e di supervisione del processo di ristorazione.

• **gestione totalmente esternalizzata:** la situazione legata alla esternalizzazione necessita una formazione a vari livelli a sostegno di nuove competenze orientate alla funzione di auditor e verifica dell'intero processo.

La progettazione formativa, che si fonda metodologicamente

su percorsi ormai consolidati in tutte le strutture ospedaliere, per quanto riguarda il servizio di ristorazione, deve prendere in considerazione i seguenti aspetti.

La rilevazione dei bisogni formativi

Le esigenze formative devono essere rilevate in modo continuo, come previsto dalla d.g.r. 18756/2004 recante «Linee di indirizzo per l'attivazione del sistema ECM (educazione continua in medicina) in Lombardia» e da successive deliberazioni della Giunta Regionale, tenendo conto dei gap conoscitivi, delle necessità di integrazione della catena operativa, nonché delle risultanze e delle osservazioni emerse dall'esito della customer satisfaction annuale.

Si suggerisce una rilevazione delle necessità formative che parta dal basso (bottom-up) per meglio assicurare l'appropriatezza degli interventi.

Lo sviluppo dei programmi

Il piano formativo dovrà prevedere la conoscenza dei contenuti delle presenti Linee Guida per la Ristorazione Ospedaliera e quindi la programmazione di eventi formativi coerenti con gli obiettivi di miglioramento e con le necessità di innovazione.

La formazione dovrà:

- 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;
- tenere conto 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, anche come cliente, legato a culture e tradizioni proprie.

I fruitori della formazione

La formazione deve rivolgersi a tutte le componenti coinvolte nel processo di erogazione dei pasti in ospedale, con maggiore focalizzazione sulle situazioni che nelle diverse strutture ospedaliere risultano essere più critiche:

- agli 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;
- agli operatori dei servizi dietetici e ai 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.);
- agli operatori dei servizi economici e logistici, nonché ai gruppi di miglioramento della qualità alberghiera, al fine di sviluppare competenze nella stesura dei capitolati per l'acquisizione di beni/servizi;
- agli operatori dei reparti di degenza (coordinatori infermieristici e figure infermieristico-assistenziali) nonché, ove presenti, agli operatori appartenenti a ditte esterne dedicati alle prenotazioni e/o distribuzione pasti, al fine di individuare le più idonee modalità per garantire attraverso una comunicazione efficace la qualità del servizio erogato.

Modalità didattica

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 degli elementi della catena operativa, basata sul confronto esperienziale ed il coinvolgimento proattivo dei partecipanti a partire dai problemi concreti e specifici.

Contenuti e temi degli eventi formativi

Si possono suddividere i contenuti ed i temi degli eventi formativi in due ampie categorie:

• **tecnico-scientifici**, per:

- aumentare le conoscenze in materia legislativa, igienica, microbiologica, merceologica, compresa l'igiene e la sicurezza nella conservazione, manipolazione, preparazione e

cottura degli alimenti, garantendo il rispetto delle norme e dei principi dell'HACCP;

- approfondire e implementare le conoscenze nutrizionali/dietetiche;
- rivedere/migliorare le capacità di preparazione e di presentazione dei pasti (nei casi di gestione diretta);
- approfondire le conoscenze psicologiche sui meccanismi e comportamenti legati al cibo e alle situazioni di degenza;
- promuovere giornate di studio e di benchmarking per mettere a confronto modelli di ristorazione ospedaliera innovativi;
- **di sviluppo-miglioramento organizzativo**, per:
 - sostenere la riqualificazione del personale diversamente impiegato nella catena della ristorazione;
 - migliorare le capacità comunicative e relazionali orientate al paziente/cliente;
 - facilitare percorsi di integrazione fra le diverse parti della catena;
 - migliorare le capacità di valutazione e autocontrollo dei sistemi;
 - sostenere le leadership ed i gruppi di lavoro facilitando la

pianificazione del miglioramento organizzativo in integrazione con il Servizio Qualità Aziendale per facilitare la revisione e l'implementazione di nuove prassi e procedure volte ad assicurare il rinnovamento del processo di ristorazione nelle diverse fasi di erogazione del servizio.

A titolo esemplificativo si fornisce un elenco di possibili tematiche formative inerenti la ristorazione ospedaliera:

- Conoscenza delle Nuove linee guida per la Ristorazione Ospedaliera;
- Normativa comunitaria e nazionale;
- La funzione della Ristorazione Ospedaliera;
- Il modello e la gestione del servizio;
- L'organizzazione del lavoro e la gestione dei legami pasto;
- Le nuove tecniche di cottura;
- Il metodo HACCP: la gestione della sicurezza alimentare;
- Patologie e nutrizione;
- Dietetica e innovazione della elaborazione dei menù;
- La comunicazione col paziente;
- L'ottimizzazione della qualità del pasto;
- Le funzioni di verifica e di auditing.

APPENDICE 1

A) Disposizioni in materia di sicurezza alimentare

| 1. DISPOSIZIONI COMUNITARIE | |
|---|--|
| <i>Provvedimento</i> | <i>Oggetto</i> |
| Regolamento (CE) 178/2002 del 28 gennaio 2002 | Stabilisce i principi e i requisiti generali della legislazione alimentare, istituisce l'Autorità europea per la sicurezza alimentare e fissa procedure nel campo della sicurezza alimentare con particolare riferimento alla rintracciabilità |
| Regolamento (CE) 852/2004 del 29 aprile 2004 | Sull'igiene dei prodotti alimentari |
| Regolamento (CE) 853/2004 del 29 aprile 2004 | Stabilisce norme specifiche in materia di igiene per gli alimenti di origine animale |
| Regolamento (CE) 854/2004 del 29 aprile 2004 | Stabilisce norme specifiche per l'organizzazione dei controlli ufficiali sui prodotti di origine animale destinati al consumo umano |
| Regolamento (CE) 882/2004 del 29 aprile 2004 | Relativo ai controlli ufficiali intesi a verificare la conformità alla normativa in materia di mangimi e di alimenti e alle norme sulla salute e sul benessere degli animali |
| Regolamento (CE) 1935/2004 del 27 ottobre 2004 | Materiali e gli oggetti destinati a venire a contatto con i prodotti alimentari |
| Regolamento (CE) 2073/2005 del 15 novembre 2005 | Criteri microbiologici applicabili ai prodotti alimentari |
| Regolamento (CE) 2074/2005 del 5 dicembre 2005 | Modalità di attuazione relative a taluni prodotti di cui al Regolamento (CE) 853/2004 e dei Regolamenti (CE) 854/2004 e 882/2004, deroga al Regolamento (CE) 852/2004 e modifica dei Regolamenti (CE) 853/2004 e 854/2004 |
| Regolamento (CE) 2075/2005 del 5 dicembre 2005 | Norme in materia di controlli ufficiali sulla presenza di Trichine nelle carni |
| Regolamento (CE) 2076/2005 del 5 dicembre 2005 | Disposizioni transitorie per l'attuazione dei Regolamenti (CE) 853-854-882/2004 che modifica i Regolamenti (CE) 853-854/2004 |
| Regolamento (CE) 396/2005 del 23 febbraio 2005 e s.m.i. | Disposizioni in materia di residui di prodotti fitosanitari nei prodotti alimentari e nei mangimi |
| Regolamento (CE) 1663/2006 del 6 novembre 2006 | Modifica al Regolamento (CE) 854/2004 per i controlli ufficiali sui prodotti alimentari |
| Regolamento (CE) 1664/2006 del 6 novembre 2006 | Modifica al Regolamento (CE) 2074/2005 per l'attuazione di talune misure per i prodotti di origine animale |
| Regolamento (CE) 1666/2006 del 6 novembre 2006 | Modifica al Regolamento (CE) 2076/2006 che fissa disposizioni transitorie per l'attuazione dei Regolamenti (CE) 853-854-882/2004 |
| Regolamento (CE) 1924/2006 del 20 dicembre 2006 | Relativo all'etichettatura nutrizionale dei prodotti alimentari |
| Regolamento (CE) 834/2007 del 28 giugno 2007 | Relativo alla produzione biologica e all'etichettatura dei prodotti biologici e che abroga il Regolamento (CEE) 2092/91 |
| Direttiva 2003/89/CE del 10 novembre 2003 | Modifica la direttiva 2000/13/CE per quanto riguarda l'indicazione degli ingredienti contenuti nei prodotti alimentari |
| 2. DISPOSIZIONI NAZIONALI | |
| <i>Provvedimento</i> | <i>Oggetto</i> |
| Legge 30 aprile 1962, n. 283 | Fissa le norme generali e disciplina la produzione e vendita di sostanze alimentari e bevande sotto l'aspetto igienico-sanitario |
| Decreto Presidente della Repubblica 26 marzo 1980, n. 327 | Costituisce il regolamento applicativo della legge precedente e fissa i requisiti generali degli ambienti e del personale operante nel settore alimentare |
| Legge n. 24 novembre 1981, n. 689 | Modifica del sistema penale |
| D.lgs. 27 gennaio 1992, n. 109 | Attuazione delle Direttive 89/395/CEE e 89/396 CEE, concernenti l'etichettatura, la presentazione e la pubblicità dei prodotti alimentari |
| D.lgs. 27 gennaio 1992, n. 110 | Attuazione della Direttiva 89/108/CEE in materia di alimenti surgelati destinati all'alimentazione umana |

| | |
|---|--|
| D.lgs. 1 marzo 1993, n. 123 | Attuazione direttiva 89/397/CEE, concernente il controllo ufficiale dei prodotti alimentari (è rimasto solo parte dell'articolo 4) |
| D.lgs. 30 dicembre 1999, n. 507 | Depenalizzazione dei reati minori e riforma del sistema sanzionatorio |
| D.lgs. 23 giugno 2003, n. 181 | Attuazione delle Direttive 2000/13/CEE, concernenti l'etichettatura, la presentazione dei prodotti alimentari, nonché la relativa pubblicità |
| D.lgs. 28 luglio 2003, n. 224 | Relativi alla disciplina degli organismi geneticamente modificati |
| D.lgs. 21 marzo 2005, n. 70 | Relativi alla disciplina degli organismi geneticamente modificati |
| D.lgs. 8 febbraio 2006, n. 114 | Attuazione delle Direttive 2003/89/CE, 2004/77/CE e 2005/63/CE in materia di indicazione degli ingredienti contenuti nei prodotti alimentari |
| D.lgs. 5 aprile 2006, n. 190 | Disciplina sanzionatoria in materia di rintracciabilità dei prodotti alimentari |
| D.lgs. 12 aprile 2006, n. 163 | Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE |
| D.lgs. 6 novembre 2007, n. 193 | Art. 6 – sanzioni in merito alla violazione delle disposizioni di cui ai regolamenti 852.853.854.882/2004 |
| Legge 25 giugno 2003, n. 155 | Disciplina della distribuzione dei prodotti alimentari ai fini di solidarietà sociale |
| Legge 21 marzo 2005, n. 55 | Disposizioni per la prevenzione del gozzo endemico e altre patologie da carenza iodica |
| Legge 4 luglio 2005, n. 123 | Norme per la protezione dei soggetti malati di celiachia. |
| Decreto ministeriale 16 dicembre 1993 | Specifica meglio quanto previsto dal d.lgs. 123/93 in materia di alimenti deperibili e relativi controlli ufficiali |
| Decreto ministeriale 18 aprile 2007 n. 76 | Regolamento recante la disciplina igienica dei materiali e degli oggetti di alluminio e di leghe di alluminio destinati a venire a contatto con gli alimenti |
| Decreto ministeriale 27 agosto 2004 e s.m.i. | Disposizioni in materia di residui di prodotti fitosanitari nei prodotti alimentari |
| Decreto ministeriale 27 febbraio 1996, n. 209 e s.m.i. | Disposizioni in materia di additivi alimentari |
| Decreto ministeriale, 12 aprile 2005 | Norme per l'attuazione della direttiva 2003/120/CE che modifica la direttiva 90/496/CEE, relativa all'etichettatura nutrizionale dei prodotti alimentari. |
| Circolare ministro sanità 11 gennaio 1991, n. 1 | Oli e grassi impiegati per friggere |
| 3. DISPOSIZIONI REGIONALI | |
| <i>Provvedimento</i> | <i>Oggetto</i> |
| Legge regionale 4 agosto 2003, n. 12 | Norme relative a certificazioni in materia di igiene e sanità pubblica |
| Legge regionale 6 aprile 2007, n. 8 | Disposizioni in materia di attività sanitarie e socio-sanitarie. Collegato: Abroga fra le altre la Autorizzazione sanitaria ex art. 2 L 283/62 |
| Deliberazione Giunta Regionale 3 aprile 2007, n. 4502 | Semplificazione delle procedure relative alle attività imprenditoriali. Primo provvedimento di attuazione della legge regionale 23 gennaio 2007, n. 1, art. 5 |
| Deliberazione Giunta Regionale 20 aprile 2008, n. 6919 e provvedimento di approvazione della relativa modulistica | Semplificazione amministrativa in attuazione della legge Regionale 2 febbraio 2007, n. 1, art. 5 – semplificazione di procedimenti ed eliminazione di certificazioni per l'avvio di attività economiche – 2° provvedimento |
| Decreto Direzione Generale Sanità 20 aprile 2005, n. 5851 | Approvazione del documento – Indicazioni per l'applicazione degli articoli 17, 18 e 20 del Regolamento 178/2002/CE |
| Decreto Direzione Generale Sanità 21 febbraio 2006, n. 1838 | Procedura riguardante l'istituzione dell'Unità di crisi per la gestione di emergenze nel settore alimentare |
| Legge regionale 11 dicembre 2006, n. 25 | Politiche Regionali di intervento contro la povertà attraverso la promozione dell'attività di recupero e distribuzione dei prodotti alimentari a fini di solidarietà sociale |
| Decreto Direzione Generale Sanità 18 settembre 2007, n. 10127 | Modalità di documentazione delle non conformità e di verifica delle azioni correttive |
| Decreto Direzione Generale Sanità 21 febbraio 2006, n. 1835 | Concernente indicazioni relative alla attuazione dell'articolo 19 del regolamento 178/2002/CE per quanto riguarda la comunicazione al consumatore del ritiro e l'eventuale richiamo |
| Decreto Direzione Generale Sanità 26 maggio 2006, n. 5878 | Ulteriori determinazioni in merito al decreto 5851 del 20 aprile 2005, relativamente all'applicazione degli articoli 17, 18, 19 e 20 del Regolamento 178/2002/CE |
| Decreto Direzione Generale Sanità 5 novembre 2007, n. 13018 | Linee guida per la gestione del sistema di allerta per alimenti e mangimi |
| Decreto Direzione Generale Sanità 7 febbraio 2006, n. 1265 | Definizione dell'ambito di applicazione dei Regolamenti (CE) 852/2004 e 853/2004 |
| Decreto Direzione Generale Sanità 8 febbraio 2007, n. 1055 | Indicazioni per l'applicazione del regolamento (CE) 2073/2005 |
| Deliberazione Giunta Regionale 26 giugno 2007 n. 8/5003 | Programma di interventi contro la povertà attraverso la promozione dell'attività di recupero e distribuzione dei prodotti alimentari a fini di solidarietà sociale ai sensi della legge Regionale 25/2006 |
| Regolamento Locale d'Igiene | È il complesso di disposizioni che a livello locale disciplinano l'applicazione delle norme gerarchicamente superiori in materia di igiene |
| Circolare Regione Lombardia 11/SAN/2007 | Prime indicazioni operative di carattere sanitario per l'applicazione della legge regionale n. 8 del 2 aprile 2007 «Disposizioni in materia di attività sanitarie e socio-sanitarie. Collegato» |
| Circolare Regione Lombardia 52/SAN/2005 | Introduzione dell'obbligo di registrazione e riconoscimento per le imprese nel settore alimentare |

| 4. NORME TECNICHE | |
|-----------------------------|--|
| <i>Provvedimento</i> | <i>Oggetto</i> |
| Norma UNI 10854:99 | Linee guida per la progettazione e la realizzazione di un sistema di autocontrollo basato sul metodo HACCP. Norma in fase di ritiro in quanto i contenuti sono compresi nella norma UNI 22000:2005 |
| Norma UNI EN ISO 9001:2000 | Sistemi di gestione per la qualità-requisiti |
| Standard Danese DS 3027/02 | «Sicurezza degli alimenti in accordo al sistema HAACP» |
| Norma UNI EN ISO 14001:2004 | Sistemi di gestione ambientale |
| Norma UNI EN ISO 22000:2005 | Sistemi di gestione per la sicurezza alimentare |
| Norma UNI 22005:2007 | Sistema di rintracciabilità nelle aziende agroalimentari - Principi e requisiti per l'attuazione |
| Norme CEI | In materia d'impianti elettrici |
| Norme EN o UNI | In materia di macchine |
| Norme UNI - CIG | In materia d'impianti di distribuzione di gas combustibile |
| Standard SA 8000 | Sistemi di responsabilità sociale |

APPENDICE 1

B) Disposizioni in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro

| 1. DISPOSIZIONI NAZIONALI | |
|---|--|
| <i>Provvedimento</i> | <i>Oggetto</i> |
| Decreto Presidente della Repubblica 30 giugno 1965 n. 1124 e s.m.i. | Disposizioni in materia di assicurazione obbligatoria contro infortuni e malattie professionali |
| Legge 18 ottobre 1977, n. 791 | Attuazione della Direttiva CEE n. 23/73 sulla garanzia di sicurezza del materiale elettrico |
| Decreto Presidente della Repubblica 29 luglio 1982, n. 577 | Prevenzione e vigilanza antincendio |
| Legge 5 marzo 1990, n. 46 | Norme per la sicurezza degli impianti e d.P.R. 6 dicembre 1991 n. 417: Regolamento d'attuazione della legge 5 marzo 1990 n. 46, in materia di sicurezza degli impianti (si applicano agli impianti di produzione, di trasporto, di distribuzione e d'utilizzazione dell'energia elettrica all'interno degli edifici) |
| D.lgs. 4 dicembre 1991, n. 475: | Attuazione della direttiva 89/686/CEE, in materia di dispositivi di protezione individuale e procedure per l'apposizione del marchio di conformità CE |
| D.lgs. 3 febbraio 1997, n. 52 | Imballaggio, etichettatura e schede di sicurezza di sostanze e preparati pericolosi |
| D.lgs. 26 marzo 2001, n. 151 | Testo unico per la tutela della maternità e della paternità |
| Legge 30 marzo 2001, n. 125 | Divieto di somministrazione alcolici al personale sanitario |
| Decreto Presidente della Repubblica 22 ottobre 2001, n. 462 | Regolamento di semplificazione del procedimento per la denuncia d'installazioni e dispositivi di protezione contro le scariche atmosferiche, di dispositivi di messa a terra d'impianti elettrici e di impianti elettrici pericolosi |
| D.lgs. 14. marzo 2003, n. 65 | Imballaggio, etichettatura e schede di sicurezza di sostanze e preparati pericolosi |
| Decreto Presidente della Repubblica 24 luglio 2007, n. 459 | Regolamento per l'attuazione delle Direttive 89/392/CEE, 91/368/CEE e 93/68/CEE - direttiva macchine |
| D.lgs. 9 aprile 2008, n. 81 | Riguardante la sicurezza e la salute dei lavoratori durante il lavoro |
| Decreto ministeriale 16 febbraio 1982 | Prevenzione e vigilanza antincendio |
| Decreto ministeriale 20 dicembre 1982 | Estintori portatili |
| Decreto ministeriale 7 luglio 1983 | Estintori portatili |
| Legge 7 dicembre 1984, n. 818 | Prevenzione e vigilanza antincendio |
| Decreto ministeriale 27 marzo 1985 | Prevenzione e vigilanza antincendio |
| Decreto ministeriale 8 marzo 1985 | Prevenzione e vigilanza antincendio |
| Decreto ministeriale 3 ottobre 1986 | Prevenzione e vigilanza antincendio |
| Decreto ministeriale 16 gennaio 1987 | Estintori portatili |
| Decreto ministeriale 15 luglio 2003, n. 388 | Pronto soccorso aziendale |
| Circolare del Ministero della Sanità 2 novembre 1991 n. 23 | Usi delle fibre di vetro isolanti. Problematiche igienico - sanitarie. Istruzioni per il corretto impiego |
| 2. NORME TECNICHE | |
| <i>Provvedimento</i> | <i>Oggetto</i> |
| OH & SAS 18001/2007 | Sistema di gestione della sicurezza nei luoghi di lavoro |

APPENDICE 2

A) D.lgs. 5 aprile 2006, n. 190: sanzioni previste per le violazioni al Regolamento CE 178/2002

| <i>VIOLAZIONE</i> | <i>SANZIONE</i> | <i>REITERAZIONE</i> |
|---|--|--|
| Obblighi derivanti dall'articolo 18 del Regolamento (CE) n. 178/2002 in materia di rintracciabilità | sanzione amministrativa pecuniaria da settecotocinquanta euro a quattromilacinquecento euro (art. 2) | Sospensione attività da 10 a 20 giorni (art. 7, comma 1) |
| Non attivazione procedure di ritiro | sanzione amministrativa pecuniaria da tremila euro a diciottomila euro (art. 3 comma 1) | Sospensione attività da 10 a 20 giorni (art. 7, comma 1) |

| VIOLAZIONE | SANZIONE | REITERAZIONE |
|--|--|--|
| Attivate procedure ma non informata autorità competente | sanzione amministrativa pecuniaria da cinquecento euro a tremila euro (art. 3 comma 2) | Sospensione attività da 10 a 20 giorni (art. 7, comma 1) |
| Operatore non collabora quando richiesto | sanzione amministrativa pecuniaria da duemila euro a dodicimila euro (art. 3, comma 3) | Sospensione attività da 10 a 20 giorni (art. 7, comma 1) |
| Mancata informazione ad utilizzatore/consumatore | sanzione amministrativa pecuniaria da duemila euro a dodicimila euro (art. 4, comma 1) | Sospensione attività da 10 a 20 giorni (art. 7, comma 1) |
| Dettaglianti o distributori che non incidono sulla sicurezza che non attivano procedure ritiro | sanzione amministrativa pecuniaria da duemila euro a dodicimila euro (Art. 5, comma 1) | Sospensione attività da 10 a 20 giorni (art. 7, comma 1) |
| Dettaglianti o distributori che non incidono sulla sicurezza che non attuano interventi predisposti da produttori, trasformatori | sanzione amministrativa pecuniaria da duemila euro a dodicimila euro (Art. 5, comma 2) | Sospensione attività da 10 a 20 giorni (art. 7, comma 1) |
| Mancata distruzione mangime non conforme | sanzione amministrativa pecuniaria da cinquecento euro a tremila euro (art. 76, comma 1) | Sospensione attività da 10 a 20 giorni (art. 7, comma 1) |

APPENDICE 2

B) D.lgs. 6 novembre 2007, n. 193 (articolo 6) sanzioni previste per le violazioni ai Regolamenti CE 852/2004, 853/2004 e 2073/2005

| FATTISPECIE DI VIOLAZIONE | SANZIONE PRIMARIA | PROVVEDIMENTI | NOTE |
|--|---|---|---|
| notifica ai fini della registrazione non presentata | sanzione da 1.500 euro a 9000 euro (art. 6, comma 3) | l'attività non può essere svolta fino a che presenta notifica (DIAP) | se del caso applicazione sanzioni ex articolo 6 d.lgs. 193/2007, commi 4-5-6 |
| mancato rispetto del provvedimento di sospensione e/o chiusura attività | sanzione da 1.500 euro a 9000 euro (art. 6, comma 3) | segnalazione al comune e comunicazione all'Autorità Giudiziaria per mancato rispetto provvedimento di sospensione (art. 650 C.P.) | |
| mancata notifica di aggiornamento attività soggetta a registrazione | sanzione da 500 euro a 3.000 euro (art. 6, comma 3) | segnalazione al comune e sospensione attività sino a che presenta notifica (DIAP) | |
| mancata presenza requisiti generali (allegato II Reg. 852/04) e specifici (Reg. 853/04) | sanzione da 500 euro a 3.000 euro (art. 6, comma 5) | prescrizione con fissazione termini per adeguare i requisiti e, se necessario, l'attività viene sospesa fino a soluzione non conformità | nel caso in cui il mancato rispetto di requisiti igienici sia attribuibile alla mancata predisposizione idonee procedure o alla inadeguatezza delle procedure o alla mancata applicazione delle procedure, oltre alla sanzione prevista, si applicheranno anche le sanzioni di cui ai successivi punti 5, 6 e 7 |
| mancata predisposizione da parte dell'operatore delle procedure HACCP, Reg. 2073/05 e informazioni sulla catena alimentare | sanzione da 1.000 euro a 6000 euro (art. 6, comma 6) | prescrizione con fissazione termini per predisporre le procedure e, se necessario, l'attività viene sospesa fino a soluzione non conformità | |
| presenza di requisiti e procedure, di cui all'articolo 6, commi 4-5-6 del d.lgs. 193/2007, ma inadeguati | prescrizione con fissazione termini per adeguare requisiti e procedure e, se necessario, l'attività viene sospesa fino a soluzione non conformità | sanzione da 1.000 a 6.000 euro (art. 6, comma 7) per mancato adempimento delle prescrizioni entro il congruo termine stabilito dall'autorità competente | |
| presenza di requisiti e procedure, di cui all'articolo 6, commi 4-5-6 del d.lgs. 193/2007, adeguati ma loro mancata applicazione | sanzione da 1.000 euro a 6.000 euro (art. 6, comma 8) | se necessario l'attività viene sospesa fino a soluzione non conformità | |

GRUPPO DI LAVORO

Il presente documento è stato approntato dal Gruppo di Lavoro costituito presso la Direzione Generale Sanità di cui hanno fatto parte:

- Osvaldo Basilico – Coordinatore
Direzione Generale Sanità
- Ivan Dragoni e Claudia Balzaretto
Dipartimento di Scienze e Tecnologie Veterinarie per la Sicurezza Alimentare – Università degli Studi di Milano
- ANGEM – Associazione Nazionale delle Aziende di Ristorazione Collettiva
- Carla Barzanò
Consulente
- Filomena Lopodoto, Valentina Brunelli, Maurizio Salamana, Filippo Castoldi, Giancarlo Viola e Chiara Picchetti
Direzione Generale Sanità

- Ermanna Derelli
A.O. Mellino Mellini Chiari
- Annunciata Galliani
A.O. Ospedale di Circolo di Busto Arsizio
- Giuliana Malaguti
Siticibo – Banco Alimentare
- Maria Zugnoni
Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo Pavia

