La gestione del rischio di malnutrizione o di inadeguata alimentazione del malato durante la degenza

A. Lelli

Scaletta:

- **Concetto di alimentazione/Nutrizione/Idratazione**
- **Il Bisogno di nutrirsi**
- **La nutrizione in ospedale**
- **L'analisi del bisogno Attività di vita Alimentazione/nutrizione /idratazione**
- **Le diagnosi di alterata alimentazione /nutrizione/Idratazione**
- **Gli interventi infermieristici e i relativi strumenti operativi**
- **I casi**
- **Il ruolo del Coordinatore infermieristico nel garantire le risorse appropriate**

- **Concetto di alimentazione/Nutrizione/Idratazione**

  La denutrizione legata alla malattia è spesso sottovalutata. I pazienti sottoalimentati che vengono ricoverati negli ospedali svizzeri (per es.) costituiscono una percentuale importante, che va dal 20 al 40 %. La denutrizione, secondo un'inchiesta effettuata all'Ospedale di Ginevra, è un problema clinico che ha un impatto negativo sulla qualità della vita e sulla prognosi. Indebolisce il sistema immunitario, ostacola il processo di guarigione,aumenta la mortalità. Spesso la denutrizione non è diagnosticata

  Il corpo per mantenere attivi i suoi meccanismi vitali deve continuamente introdurre energia e materiali dell'ambiente, per sostituire e rinnovare le sostanze utilizzate dall'organismo. Molte cellule si rinnovano di continuo e devono essere quindi sostituite: Il mantenimento della temperatura del corpo ed il movimento richiedono la continua combustione dei materiali; la composizione idrica dell'organismo deve sempre essere mantenuta costante con nuovi apporti di acqua dall'esterno, per compensare la continua dispersione tramite la traspirazione cutanea, la respirazione e l'eliminazione.

  L'alimentazione si definisce come la somma dei processi grazie ai quali un organismo vivente ingerisce, assorbe, trasporta, usa ed elimina gli elementi nutritivi.

  L'organismo utilizza il sistema digerente per soddisfare il **Bisogno di Nutrimento** ma per fare ciò ha bisogno che anche tutti gli altri sistemi funzionino: motorio, circolatorio, nervoso etc.

- I cibi che la persona introduce sono i più vari: carni, verdure, frutta, latticini, uova ma sono costituiti dagli stessi costituenti fondamentali; i nutrienti, ovvero : acqua, zuccheri, grassi, proteine, vitamine e sali minerali.

- **Il Bisogno di nutrirsi**

IL bisogno di nutrirsi è fondamentale per la sopravvivenza dell'organismo, perciò viene annoverato tra i bisogni essenziali per la sopravvivenza dell'individuo. (Maslow)

Il bisogno di nutrimento risponde a stimoli interni all'organismo, determinati dall'abbassamento della glicemia nel sangue, appositi recettori trasmettono al sistema nervoso centrale che è necessario introdurre alimenti. Questo meccanismo può essere indotto anche dagli organi di senso, dalla vista e dall'olfatto, del gusto .

In infermieristica l'**Attività di vita** di alimentazione è intesa come quel complesso di azioni ed operazioni che l'organismo compie per sopperire alla necessità continua di introdurre energia e materiali da utilizzare e trasformare.(Roper)

La nutrizione è importante per mantenere l'omeostasi di tutti i sistemi vitali e quindi garantire la salute e prevenire le malattie. I disordini causati da carenze nutrizionali, sovralimentazione o dall'assunzione di pasti scarsamente bilanciati sono le principali

cause di malattie e di morte. Esempi di problemi di salute associati con una nutrizione squilibrata includono obesità, coronaropatie, osteoporosi, cirrosi e tante altre patologie ancora. La mancanza di alimentazione è incompatibile con la vita.

*La **malnutrizione** e la **denutrizione** sono due concetti simili ma non uguali come si potrebbe pensare. Infatti, con il primo termine si intende uno s**quilibrio**, prolungato nel tempo, nell'apporto di **nutrienti** a causa sia di un'alimentazione scarsa e povera di **vitamine** o **minerali** (**iponutrizione**) sia ad una **sovralimentazione**;*

*mentre con il secondo si intende una condizione dovuta ad una **dieta inadeguata**, errata, prolungata nel tempo, caratterizzata ad rapporto energetico/proteico sbagliato.*

***La denutrizione può rappresentare una causa della malnutrizione**. Purtroppo il numero di vittime maggiore di queste condizioni sono i **bambini** sia nei Paesi in via di sviluppo che in quelli industrializzati.*

Quando si verifica una patologia o una lesione, una nutrizione ottimale concorre alla guarigione e favorisce la resistenza ai processi infettivi.

- **La nutrizione in ospedale**

Molteplici sono i fattori che influenzano l'alimentazione nella persona ospedalizzata, sono in genere di ordine: biologico, psicologico e sociale.

L'integrità dell'apparato digerente è la prima condizione per garantire la digestione e l'assorbimento degli alimenti, qualunque lesione dell'apparato digerente , dalla bocca all'intestino determina limitazioni funzionali .(nausea, vomito ,diarrea e stipsi sono le più macroscopiche manifestazioni di alterazione)

Se la persona ha subito alterazioni dell'apparato buccale, ha perso denti, ha problemi di masticazione o di deglutizione, dovrà nutrirsi con cibi adatti a non essere masticati (liquidi, creme, frullati, gelificati).

Questo tipo di alimentazione porta spesso le persone a perdere l'interesse ad assumere il pasto, perché vengono a mancare molti dei fattori che stimolano l'appetito (la vista, il profumo, la socialità, il rito del pasto stesso)

Gli handicap fisici possono influenzare negativamente l'alimentazione. Ad esempio la paralisi o le difficoltà di coordinamento degli arti superiori richiede che un'altra persona intervenga a sostenere l'azione.

La presenza di dolore influenza negativamente il bisogno soprattutto se interessa il tratto digerente.

Gli aspetti psicologici derivanti soprattutto dallo stress che comporta l'ospedalizzazione, il doversi sottoporre ad indagini diagnostiche anche invasive, l'attesa dei referti, l'elaborazione di una diagnosi di malattia , il dover affrontare un intervento chirurgico, dover assumere terapie farmacologiche particolarmente

invasive e tossiche , sono tutti fatti che portano a perdere il desiderio di alimentarsi o al contrario, se al cibo viene assegnato un valore compensatorio questo può essere assunto in modo eccessivo.

Da un punto di vista sociale l'ospedalizzazione non favorisce l'aspetto alberghiero sia nella modalità di reperimento dei pasti che nella somministrazione dei pasti stessi. Nella nostra cultura la colazione , il pranzo e la cena sono un momento di ritrovo e di socializzazione. Il luogo dove ci si alimenta è altrettanto importante. La stanza dell' ospedale spesso viene vissuta come ambiente poco adatto per questa funzione. Non di rado non vengono garanti quegli elementi che costituiscono il rituale dell'alimentarsi: recarsi nella sala da pranzo, lavarsi le mani, apparecchiare il tavolo, creare un ambiente gradevole (areato e profumato).

- **L'analisi del bisogno Attività di vita Alimentazione/nutrizione /idratazione**

Garantire il soddisfacimento di questo bisogno fondamentale è certamente uno dei presupposti fondamentali della disciplina infermieristica, tant'è che sta alla base dell'assistenza alla persona ospedalizzata.

Per l'accertamento di questa attività di vita, come da Nursing Proces, si raccolgono dati legati al soggetto e all'ambiente che lo circonda

L'**Accertamento** dello stato nutrizionale della persona assistita offre informazioni su malnutrizione, obesità, denutrizione, perdita di peso, carenza di nutrienti specifici, anomalie metaboliche, effetti indesiderati di farmaci sulla nutrizione, stili di vita particolari, culturali e sulle abitudini alimentari degli assistiti.

Esistono molti metodi di rilevazione dello stato nutrizionale dei pazienti ospedalizzati, uno dei più semplici è l' ABCD.

L'Acronimo ABCD identifica i seguenti i parametri:

A misure **Antropometriche**
Peso/altezza e indice di massa corporea

Plica cutanea e Tricipite, circonferenza del braccio e del muscolo del braccio

B misure **Biochimiche**

Albumina, Transferrina, Proteine che legano il Retinolo

Linfociti totali

Elettroliti sierici

Indice di Creatinina/altezza

Risultati degli esami Clinici (Glicemia, Azotemia, Tiroxina etc.)

C esame **Clinico**

Osservazione dello stato fisico:

condizione dei capelli, del viso, degli occhi, delle labbra, della lingua, dei denti, delle gengive e della pelle, delle ghiandole, delle unghie, dello scheletro, dei muscoli, degli arti, dell'addome, del sistema nervoso.

D dati **Dietetici**

La valutazione delle abitudini alimentari tiene in considerazione la quantità dei cibi introdotti.

Uno degli strumenti più utilizzati è il diario alimentare o la scheda alimentare (intake alimentare)

L'intervista dietologica è un altro strumento utilizzato, il successo dell'utilizzo di questo metodo dipende dall'efficacia comunicativa. Non si può considerare molto oggettivo.

L'Infermiere spesso partecipa allo screening nutrizionale e comunica le sue informazioni a tutto il team per un accertamento più dettagliato per lo stato nutrizionale e per gli interventi più consoni alla persona assistita (dietista, dietologo, nutrizionista,endocrinologo, fisiatra etc.)

Il paziente ospedalizzato può avere un apporto dietetico alterato a causa della malattia o dei disordini che hanno determinato la necessità del ricovero o perché il cibo in ospedale può non essere di suo gradimento o non stimolare il suo appetito. **Cultura e Religione** influiscono in modo importante sui modelli di alimentazione. Attenzione ai nostri pregiudizi nel condurre la valutazione. (mediatore culturale)

Trattamenti sanitari complessi (Es. respiratori, infusioni endovenose, chemioterapia) sono spesso causa di malnutrizione in ospedale. Molti farmaci influenzano lo stato nutrizionale sopprimendo l'appetito, irritando le mucose, causando nausea e vomito. Altri possono influenzare la flora batterica e incidere direttamente sull'assorbimento intestinale dei nutrienti determinando una malnutrizione secondaria. Altri agiscono sulla peristalsi intestinale determinando stipsi, senso di pienezza tale da inibire il senso dell'appetito.

Ulteriori fattori che possono influire sull'alimentazione e sullo stato nutrizionale e di idratazione della persona ospedalizzata si possono riconoscere in :

- Problemi dentali e orali perdita dei denti , dentiera non più correttamente ancorata, alterazione della deglutizione e della masticazione)
- Digiuno prolungato per indagini diagnostiche
- Uso prolungato di soluzioni glucosate e saline EV

- Nausea e vomito non controllato
- Febbre
- presenza di Sonde gastrointestinali non gestite correttamente
- Alcoolismo
- Depressione
- Deambulazione limitata o disabilità motoria.

La degenza ospedaliera comporta da parte degli operatori sanitari ed in particolare, degli Infermieri una adeguata **presa in carico**, che comincia con una raccolta dati molto accurata sui bisogni espressi e potenziali che la persona presenta all'atto del ricovero o presenterà in seguito in ragione dei trattamenti sanitari presunti.

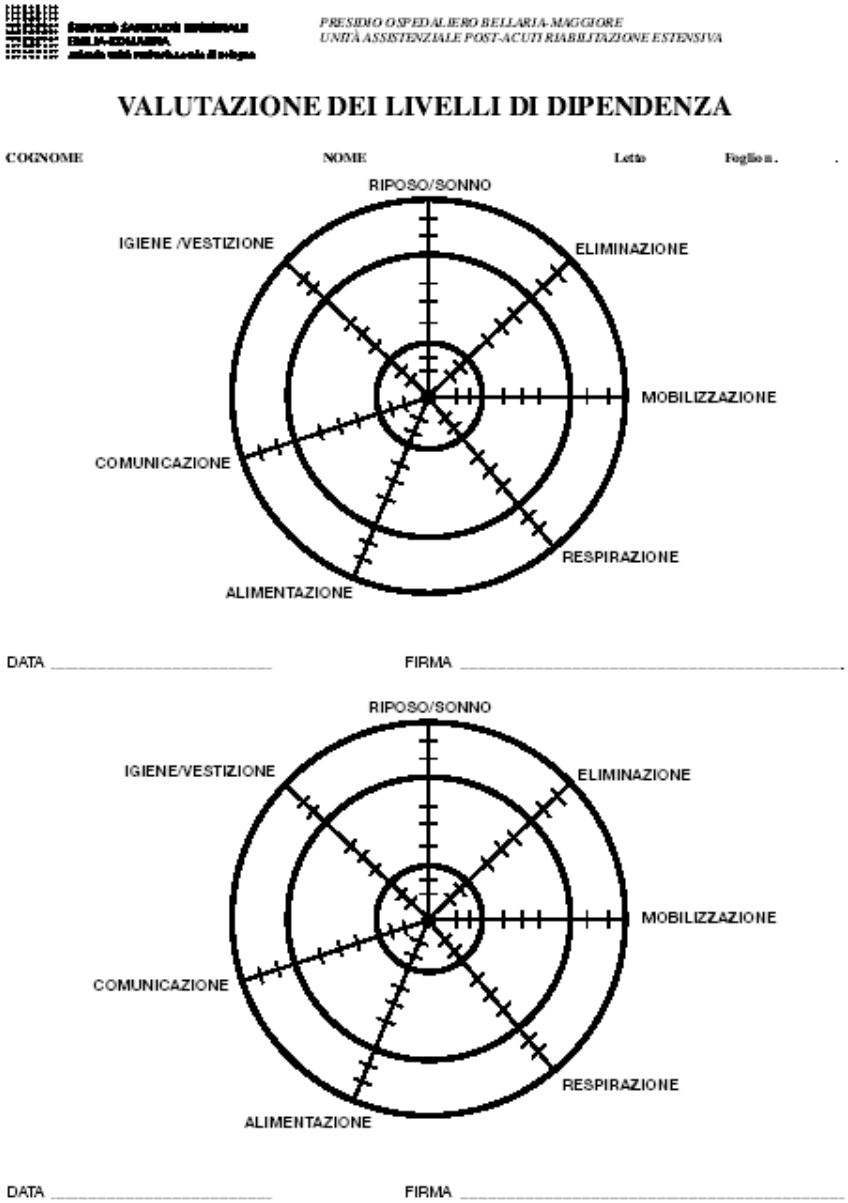
Questi dati spesso non hanno una attinenza diretta con lo stato patologico, causa del ricovero, ma con lo stato generale, fisico, psichico e sociale (visione olistica della persona assistita) che può essere direttamente messa in correlazione con il malessere provocato dallo stato patologico.

Partendo da questo presupposto, cioè dal modello di "Presa in carico" ovvero dal "Processo Assistenziale" nella valutazione dei dati raccolti possiamo arrivare a definire sostanzialmente 3 livelli di dipendenza per quanto attiene il bisogno di alimentazione, nutrizione, idratazione:

- Mancata. La persona non è in grado di assumere autonomamente alimenti e/o liquidi

- **Scarsa.** La persona è in grado di assumere in modo insufficiente /inadeguato una quantità di alimenti e/o liquidi.

-**Inadeguata.** La persona non è in grado di alimentarsi, nutrirsi adeguatamente per mancanza di conoscenza



PRESIDIO OSPEDALIERO BELLARIA-MAGGIORE
UNITÀ ASSISTENZIALE POST-ACUTI RIABILITAZIONE ESTENSIVA

VALUTAZIONE DEI LIVELLI DI DIPENDENZA

COGNOME NOME Letto Foglio n. .

DATA _____ FIRMA _____.

DATA _____ FIRMA _____

I livelli di dipendenza indirizzano gli Infermieri alla **diagnosi** e alla definizione degli **Obiettivi** identificando le **azioni** da intraprendere , gli **indicatori** di verifica e di processo, le modalità di intervento secondo la metodologia del “Problem Solving” .

Il perseguimento degli **obiettivi** può essere di tipo mono o interdisciplinari a seconda della complessità e dai professionisti coinvolti nel progetto assistenziale.

Le modalità di intervento sono già indicate dal **livello di dipendenza** identificato:

- livello **totalmente dipendente** l'atto di intervento è **Sostitutivo**

- livello **parzialmente dipendente** l'atto è **Integrativo**

- livello di **Inadeguato** l'atto è **Educativo**

Nel nostro caso le **diagnosi** che si possono evidenziare in un paziente che presenta problemi di denutrizione o di inadeguata alimentazione possono essere così formulate:

Mancata

- la persona non è nella condizione di poter assumere alimenti o liquidi per via naturale per ostruzione delle vie digestive

- la persona non è nelle condizioni di poter assumere alimenti per mancanza di volontà (anoressia) o per mancanza di coscienza

Scarsa

- la persona assume una quantità insufficiente di alimenti (nutrienti) e/o liquidi per incapacità motoria o per postura obbligata

- la persona assume una quantità insufficiente di alimenti/nutrienti e/o liquidi per incapacità di gestire il processo di deglutizione (disfagia)

- la persona assume una quantità insufficiente o eccessiva di nutrienti e/o liquidi per alterazione della volontà (disorientamento)

Inadeguata

- la persona non assume una dieta adeguata al suo stato patologico (diabetico, iperteso, obeso, etc.) per mancanza di conoscenza

- la persona non assume un comportamento adeguato nella gestione della sua disfagia, uso di presidi per NE NTP per mancanza di conoscenza/addestramento

- la persona non introduce una quantità adeguata di liquidi e di alimenti perché non conosce e riconosce i valori nutrizionali degli alimenti, il bilancio calorico e di liquidi.

Stabilite le diagnosi si decide il Piano assistenziale, si condivide la matrice delle responsabilità e i sistemi di valutazione e verifica.

Es.

ATTIVITA' DI VITA ALIMENTAZIONE	INF C.M	INF.	OSS	ALTRO
Pianificazione	C	R	C	
Controllo e registrazione dell'assunzione degli alimenti e idratazione		R	C	
Distribuzione pasti e aiuto nell'assunzione			A	
Richieste e aggiornamento pasti			A	
Gestione alimentazioni artificiali		R	C	
Rilevazione peso corporeo e altezza			S. A.	
Applicazione Piano Educazione e addestramento paziente e/o care giver		R	C	
Sistemazione e gestione materiali e ambienti		R	A	
Registrazione dati sui documenti clinico-assistenziali	C	R	C	

La Verifica dello stato nutrizionale avviene nel Team multiprofessionale.

Il Team multiprofessionale nella nostra realtà è presieduto dall'Infermiere Coordinatore e condotto dall'Infermiere Case Manager che tiene le fila della pianificazione integrata (PAI) dei casi a Lui affidati dal Coordinatore , ne documenta tutti gli atti assistenziali ed i risultati raggiunti.

Di seguito vengono presentati tre casi , esempi di presa in carico di pazienti con problemi nutrizionali a tre livelli diversi di intervento assistenziale. Prevedono una

pianificazione integrata da un punto dimensionale e la continuità (circolarità) di espletamento tra l'ospedale e il territorio.

1° Caso

ADV SCARSA - AIUTARE NELLE ATTIVITA' DI VITA - INTEGRARE I SERVIZI

Adolescente oligofrenico cromosomopatia (Ring 14) Celiachia , Inappetente

Ricovero per crisi epilettiche, denutrizione

Frequenta la scuola regolarmente

Necessita di aiuto nello svolgimento di tutte le ADV

Genitori presenti, attivi, preparati, la madre riferisce di conoscere le linee guida internazionali per la patologia del figlio che prevedono il posizionamento della PEG. Preferisce l'alimentazione per OS soprattutto perché il figlio strappa tutto ciò che percepisce come impedimento. Utilizza saltuariamente integratori alimentari (acquistati e non prescritti dal nutrizionista)

Si decide di ricorrere alla NTP temporanea per ripristinare i corretti apporti nutrizionali per riprendere velocemente le forze.

Si contatta la pediatria di comunità della città di provenienza, conosciuto da tutti i servizi, ma seguito con continuità solo dalla neuropsichiatria infantile.

Chiediamo la presa in carico compiuta da tutti gli operatori dei servizi coinvolgendo infermieri, nutrizionista, MMG, Neurologo ospedaliero e territoriale. Specifichiamo che la richiesta al SID non è per questioni tecniche, ma per affiancare la madre, per valutare la possibilità di proseguire l'alimentazione per OS (con eventuale supporto di NP "ciclica) di erogare gli integratori secondo il piano nutrizionale da rivalutare e aggiornare nel tempo.

Obiettivo ultimo è quello di supportare la madre nel percorso di accettazione della PEG nel caso fosse ritenuta necessaria

2° Caso

ADV INADEGUATA _ EDUCARE NELLE ATTIVITA' DI VITA

Anziano signore ricoverato per diabete scompensato . Vive solo (vedovo). Assume farmaci regolarmente, non svolge attività fisica (si considera troppo vecchio). Non rispetta gli orari dei pasti. Attualmente salta la visita di controllo (si dimentica)

A casa sia per comodità, sia per problemi economici spesso mangia la pasta, beve 1 bicchiere di vino ai pasti.

Durante il ricovero, assume ovviamente una dieta equilibrata e non mangia fuori pasto.

Ad ogni ricovero si ribadiscono le stesse informazioni , gli stessi consigli alimentari, si rielencano le possibili complicanze della patologia ma tutto ciò non induce alcun cambiamento e non aumenta l'adesione al programma dietetico.

E' necessario iniziare in ospedale un vero programma educativo (che sia poi proseguito sul territorio) un nuovo rapporto in cui ci sia spazio per far emergere i suoi punti di vista, i suoi pregiudizi, le sue preoccupazioni, coinvolgerlo nelle decisioni , dargli il tempo per riflettere.

Il progetto educativo proposto si esplica attraverso:

1) anali dei bisogni, ossia rilevazione delle necessità educative (mancanza di conoscenze) Abitudini difficili da modificare (scarsa motivazione), isolamento ?

2) progettazione , definizione degli Obiettivi educativi , condivisione dei contenuti e dei metodi La Stipula del contratto educativo rappresenta un patto , un impegno condiviso in cui sanitario e paziente sono contemporaneamente discente e docente

3) attuazione del programma, ricerca dei cambiamenti previsti come indicatori di verifica, valutazione dei risultati

Il progetto educativo richiede tempi lunghi e prosegue per tutto il percorso di cura (di vita nel paziente. cronico)

3° caso

MANCATA ADV - SOSTITUIRSI NELLE ATTIVITA' DI VITA - INTEGRARE I SERVIZI

Paziente ricoverato in Terapia Intensiva con stato di vigilanza alterato, non collaborativo , disfagico, anziano

Nutrizione possibile tramite : 1) CVC NTP, 2) SNG NE.

Difficile il trattamento logopedico per svezzamento al l sondino (almeno in fase acuta) e ripresa alimentazione per OS per scarsa collaborazione e rischio troppo elevato di Ab Ingestis

In questi casi in ospedale troppo spesso si ricorre alla NTP . Avviene anche nei casi in cui sarebbe possibile l'enterale. O si mantiene il SNG troppo a lungo dovendo spesso ricorrere all'utilizzo di una contenzione per evitare l'auto rimozione.

Il ricorso alla PEG (anche temporanea) è una cultura ed una pratica ancora troppo ridotta

Dimissione possibile:

- **rientro al domicilio con attivazione MMMG, Nutrizionista territoriale, fornitura di ausili, istruzione e addestramento Care Give**

- **percorso in struttura temporanea o definitiva (fornitura di presidi per PEG)**

La soluzione possibile viene discussa , la decisione viene condivisa con tutto il Team e con il Care Giver del paziente stesso, tenendo conto di ciò che il territorio può offrire.

Si definisce quindi l'intero **progetto assistenziale** ed i relativi livelli di condivisione interprofessionale. Soprattutto ciò che può essere garantito in ambito ospedaliero e ciò che deve essere demandato e condiviso con i professionisti sanitari in altro ambito o in **altri Setting** sul territorio. Infatti l'episodio di cure ospedaliero si esaurisce rapidamente nella fase critica della malattia, la fase post operatoria tardiva, o l'intero progetto di cura nella fase post acuta della malattia non si sostiene in ambito ospedaliero ma piuttosto in altri ambiti territoriali (lungo degenze, RSA, Hospice, assistenza domiciliare, ospedali di comunità, case di riposo etc.)

Il piano assistenziale formulato per una persona che avrà un problema di alimentazione/nutrizione ai livelli di Mancata, Scarsa, Inadeguata e per la quale si prevede un tempo prolungato di intervento tecnico, supportivo ed educativo, deve tener conto dei problemi che restano attivi anche oltre la dimissione . Il fine è garantire la necessaria continuità delle cure e la necessaria condivisione per sostenere il progetto assistenziale con le figura sanitarie operanti sul territorio e con gli strumenti che queste hanno a disposizione.

Se Il ruolo degli infermieri nella presa in carico dei pazienti in ospedale si esplica attraverso le funzioni proprie del loro ruolo: funzione tecnica, riabilitativa, educativa. La gestione dell'intero processo assistenziale è di tipo manageriale. La responsabilità dell'équipe infermieristica è quella di garantire le risorse più adeguate al soddisfacimento dei bisogni e più adatte a risolvere i problemi assistenziali .

Il ruolo dell'Infermiere coordinatore è quella di valutare le risorse necessarie (umane, materiali, formative) garantirne il reperimento , l'allocazione, la gestione, l'organizzazione e la loro valutazione .

Se l'organizzazione dell'assistenza consiste nell'**interazione** di una molteplicità di professioni, di Unità Operative/Servizi di cura e prevede che le relative attività siano coordinate al fine di rispondere correttamente ai problemi dell'assistito, rispettando i suoi bioritmi, garantendo la sua centralità nei processi decisionali, significa che nell'organizzazione il Coordinatore deve salvaguardare i punti fondamentali che

caratterizzano una corretta risposta a questo bisogno . Per esempio garantire orari di visita parenti, trovare gli spazi per una sala pranzo, permettere una scelta giornaliera del manu insieme al paziente (Tablet), garantirgli la presenza del dietista se richiesto.

Il momento del pasto è basilare per consentire un'adeguata alimentazione e il non rispettare l' orario pasti a causa di attività assistenziali mal programmate (visita medica/ specialistica, attività diagnostiche o riabilitative, ecc.) significa venire meno ad uno dei bisogni fondamentali della persona nell'assistenza.

La cultura ospedaliera negli anni ha sempre più sviluppato la modalità di "medicalizzare" i bisogni dell'assistito, privilegiando gli atti sostitutivi di tipo artificiale (nutrienti versus alimenti), mentre bisognerebbe sostenere il principio di infermieristica di "assistenzializzare" i bisogni, partendo dalle necessità dell'assistito, sostenendo e sviluppando le sue capacità residue.(Empawerment)

Questo anche per rispondere ad un principio di sostenibilità economica delle prestazioni erogate, non sempre l'atto sostitutivo permette il rispetto del DRG ed i tempi di degenza ipotizzati.

E' attraverso la managerialità del coordinatore che si devono garantire gli strumenti utilizzati dagli Infermieri di assistenza ospedaliera.

Gli strumenti sono:

- di ordine **pedagogico** (formazione, procedure, protocolli, linee guida, ricerca etc)

- di ordine **organizzativo** (modalità di interazione nei PDTA e di interfaccia organizzativo con i Servizi ed i diversi Setting assistenziali)

- di ordine **tecnico** (strumenti adatti a garantire l'attività e a risolvere/gestire problemi che si presentano ad es. relativi a NE NTP etc.). A tal proposito merita particolare attenzione lo strumento del benchmarking sui prodotti esistenti in commercio e sulla necessità della presenza del coordinatore nelle **Commissioni di gara d'acquisto** dei beni sanitari. Infatti spesso l'acquisto corrisponde a criteri che poco hanno a che fare con gli aspetti sanitari, che non sarebbero stati avallati da uno specialist. Molti problemi sanitari ed organizzativi nascono appunto per l'incongruenza esistente tra i due sistemi (economico e sanitario/assistenziale), generando motivi di spreco e di inadeguatezza se non di inapplicabilità dei PDTA stessi.

UN po' di storia

Il Regio decreto del 21 Novembre 1929, n. 2330 alle allora "caposala" attribuiva la responsabilità di garantire la qualità e quantità del vitto agli infermi . Le Capo Sala si occupavano personalmente della distribuzione dei pasti e ne assaggiavano la qualità prima della distribuzione.

Oggi si parla di Area di responsabilità del CPSE Coordinatore infermieristico in questi termini:

- Definisce gli obiettivi di Unità Assistenziale, contratta e condivide gli obiettivi del Dipartimento di appartenenza, concorre al raggiungimento degli obiettivi aziendali (inter- dipartimentali e territoriali);
- Assicura la conduzione dell'attività assistenziale in modo congruente agli obiettivi e ai principi definiti a livello Aziendale;
- Definisce l'organizzazione interna all'Unità Assistenziale nel rispetto degli indirizzi aziendali, degli obiettivi e dei criteri definiti nell'ambito del Servizio Infermieristico di appartenenza;
- Individua e disciplina le competenze operative e decisionali tra le articolazioni dell'Unità Assistenziale e ne presidia il rispetto;
- E' responsabile dell'allocazione delle risorse assegnate all'Unità Assistenziale tra le diverse articolazioni della stessa in modo congruente ai loro obiettivi assistenziali;
- Gestisce direttamente le risorse assegnate all'unità assistenziale; valuta l'impiego delle risorse, il rispetto delle linee guida e la loro validità in termini di efficacia e di efficienza;
- Assicura, nel rispetto delle modalità definite a livello aziendale, la puntuale rilevazione dell'attività svolta dall'Unità Assistenziale e provvede alla produzione di relazioni/documenti secondo le cadenze semestrali e annuali;
- Partecipa alla negoziazione del budget, è responsabile diretta del raggiungimento degli obiettivi della struttura;
- Mantiene rapporti con le Università per quanto attiene lo svolgimento dei tirocini degli studenti di diversi ordini e livelli, svolge attività di docenza e di ricerca.

BIBLIOGRAFIA

1. L'Infermiere Case Manager II Edizione AA. Chiari-Santullo Capitolo " L'esperienza Basata Sul Modello Di Case Management Dell'unita' Assistenziale Post-Acuzie Dell'ospedale Bellaria Ausl Di Bologna" di Lelli-Zullo & Co.- Casa editrice Mac Grow Hill
2. Nursin Medico Chirurgico AA. Brunner Saddad II edizione- Casa Editrice Ambrosiana
3. Quaderni del nursing di base "Il modello per Attività di vita e le diagnosi infermieristiche elaborate in una realtà italiana secondo una nuova definizione di salute"AA. Agnelli, Corazza, Canossa, Dall'Ovo , Chiari , Pongolini II Edizione
4. Direttiva Regione Emilia Romagna n.1455 del 04/08/1997
5. DPR 128 deL 1969
6. Internet