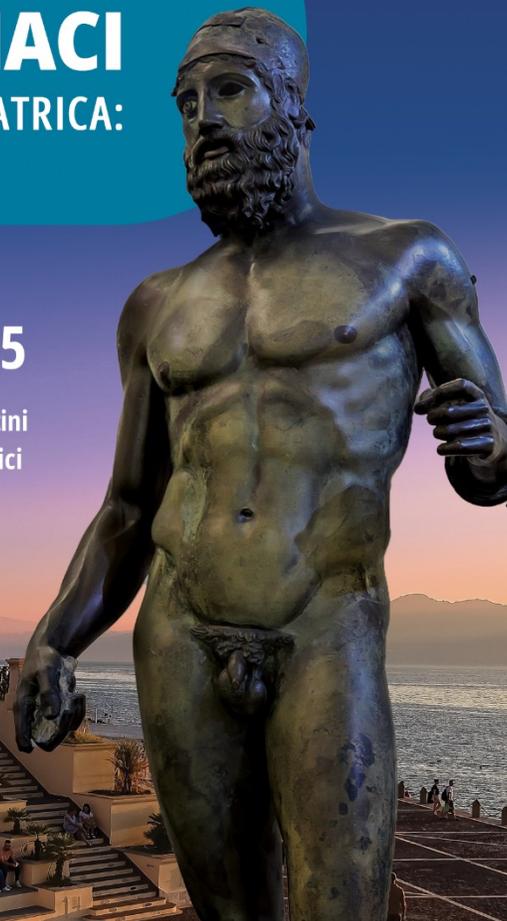


DALLA DIETA MEDITERRANEA ALLA
**RIVOLUZIONE DEI
NUOVI FARMACI**
E DELLA CHIRURGIA BARIATRICA:
UN PERCORSO VINCENTE

REGGIO CALABRIA
20 - 21 GIUGNO 2025

Presidente del Congresso: Dr. Nicola Agostini
Presidente Onorario Prof. Marco Maria Lirici



CONGRESSO REGIONALE
SICOB CALABRIA



L'assistenza Infermieristica in Anestesia Bariatrica in tutte le fasi del ricovero

RELATORE:

GIOVANNI TEDESCO

L'INFERMIERE D'ANESTESIA

E' una delle figure più distinte e responsabilizzate del panorama infermieristico Italiano.

Gode di autonomia e di un livello di preparazione esclusivo

E' un accumulatore di adrenalina che opera prevalentemente all'interno del BB.OO..

Collabora con tutte le figure professionali coinvolte nel processo di gestione del Paziente.

L' Obesità:

- Patologia che colpisce tutte le fasce d'età
- Tutti i gruppi socio-economici
- Il n. di persone Obese nel mondo aumenta in modo esponenziale
- Circa 2 miliardi prima del 2020
- L'OMS ha coniato addirittura un termine definendo il fenomeno epidemico, "GLOBESITY"

L'infermiere d'Anestesia

In virtù della sua ecletticità, svolge un ruolo fondamentale nel processo assistenziale nel Paziente Obeso di genere, ma, soprattutto nello specifico nel Paziente Obeso che si affaccia alla Chirurgia Bariatrica

Obesità

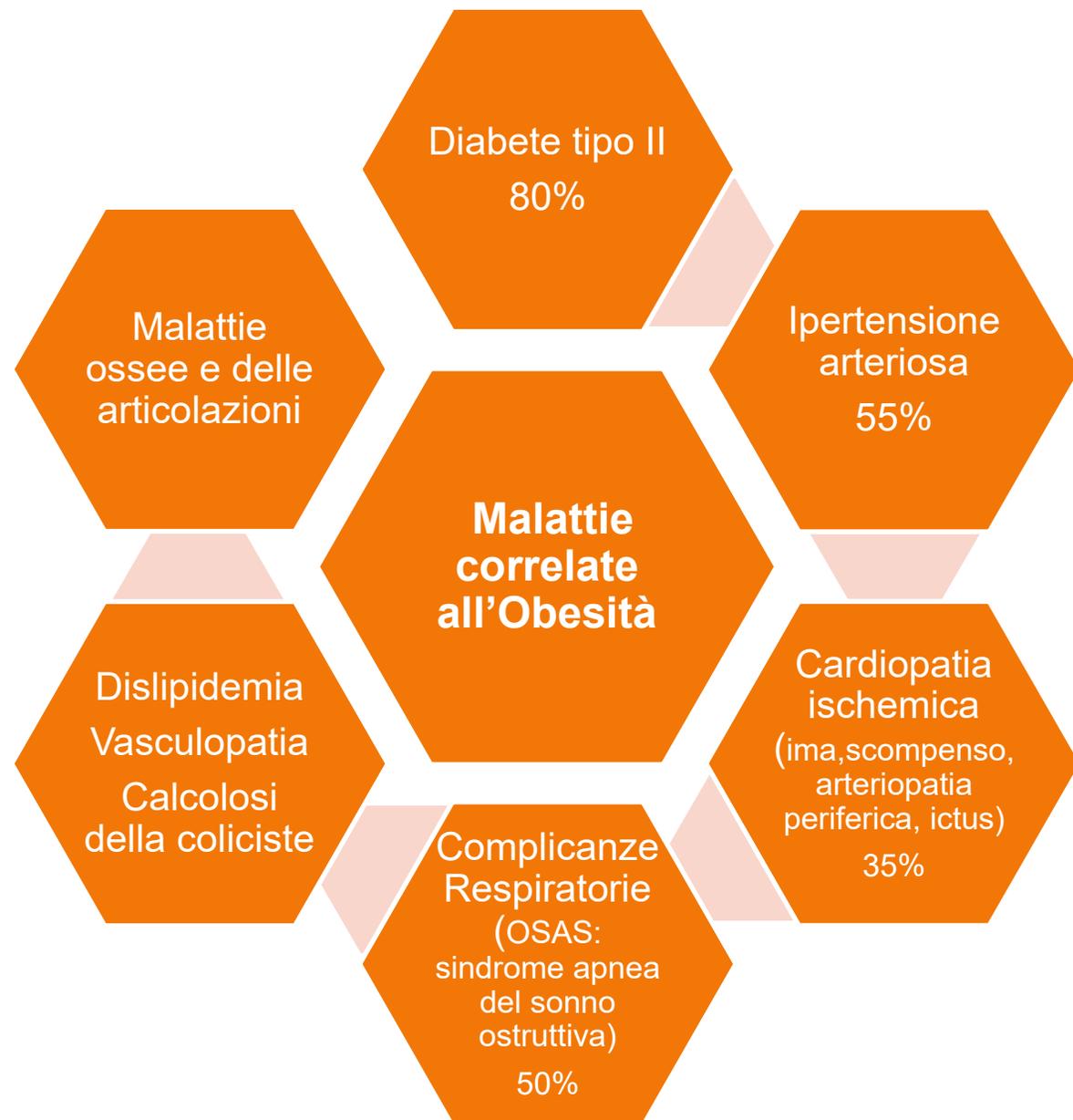
Patologia Multifattoriale

≠

REACTIVE

L'infermiere d'Anestesia deve essere un conoscitore delle patologie dell'obesità per poter affrontare puntualmente la dinamica della chirurgia Bariatrica

**APPROCCIO
PROATTIVO**



L'Infermiere d'Anestesia deve conoscere il percorso che il Paziente Obeso affronta prima di arrivare alla Chirurgia Bariatrica

Trattamento dietetico-educativo

- Attività fisica
- Modifiche delle abitudini di vita

Trattamento dietetico + terapia farmacologica

Trattamento Chirurgico

**IL PROCESSO ASSISTENZIALE PER
L'INFERMIERE D'ANESTESIA IN
CHIRURGIA BARIATRICA PREVEDE
III FASI**

FASE I
PRE-OPERATORIA

FASE II
INTRA-OPERATORIA

FASE III
POST-OPERATORIA

FASE I PRE-OPERATORIA
FASE II OPERATORIA
FASE III IMMEDIATA POST-OP.

FASE I PRE-OPERATORIA

La fase **pre-operatoria** ha inizio dalla presa in carico del Paziente da parte dell'Anestesista.

Insieme al Medico si procede con una valutazione globale delle condizioni generali di salute

“posizione di partenza”:

- 1)anamnesi familiare, personale e patologica
- 2)anamnesi alimentare
- 3)anamnesi sulle abitudine di vita
- 4)lettura e valutazione esami ematochimici e strumentali eseguiti in fase di pre-ospedalizzazione
- 5)esame fisico del Paziente con
 - misurazione peso ed altezza per il calcolo del dosaggio farmaci d'induzione all'anestesia e calcolo BMI
 - Misurazione vita WC (waist circumference)
 - Misurazione del collo
 - Rilevazione parametri vitali (PA,SO2,FC,FR,TC,DOLORE)

**FASE I
PRE-OPERATORIA**

Waist-to-Hip Ratio (rapporto vita fianchi)

Esprime il rapporto tra la circonferenza vita e la circonferenza fianchi per valutare la distribuzione corporea del tessuto adiposo



Rischio malattie vascolari basato sul WHR		
Uomini	Donne	RISCHIO
meno di 0.90	meno di 0.80	BASSO
da 0.9 a 0.99	da 0.8 a 0.89	MODERATO
oltre 1.0	oltre 0.9	ALTO

**FASE I
PRE-OPERATORIA**

OBESITA' ANDROIDE detta
anche VISCERALE o a «mela»

Tipicamente maschile

Distribuzione del tessuto
adiposo nella regione
addominale, toracica, dorsale
e cerviconucale

È legata a maggiori rischi di
malattie cardiovascolari,
ipertensione, insulinoresistenza,
alti livelli di colesterolo,
iperglicemia



OBESITA' GINOIDE detta
anche SOTTOCUTANEA o a «pera»

Tipicamente femminile

Distribuzione del tessuto
adiposo nella metà inferiore
dell'addome, nelle regioni glutee
ed in quelle femorali

È legata a difficoltà circolatorie
periferiche (capillari, ristagni venosi
e linfatici) e di conseguenza ad
un'alta predisposizione alla cellulite



FASE I PRE-OPERATORIA

L' Obesità è il maggior fattore di rischio per l'**OSAS (Sindrome dell'Apnea Ostruttiva del Sonno)**, compito dell'Infermiere d'Anestesia è quello di indagare circa la presenza di questa Sindrome sottoponendo il Paziente al questionario "**STOP-BANG**"

**FASE I
PRE-OPERATORIA**

Questionario “STOP-BANG”

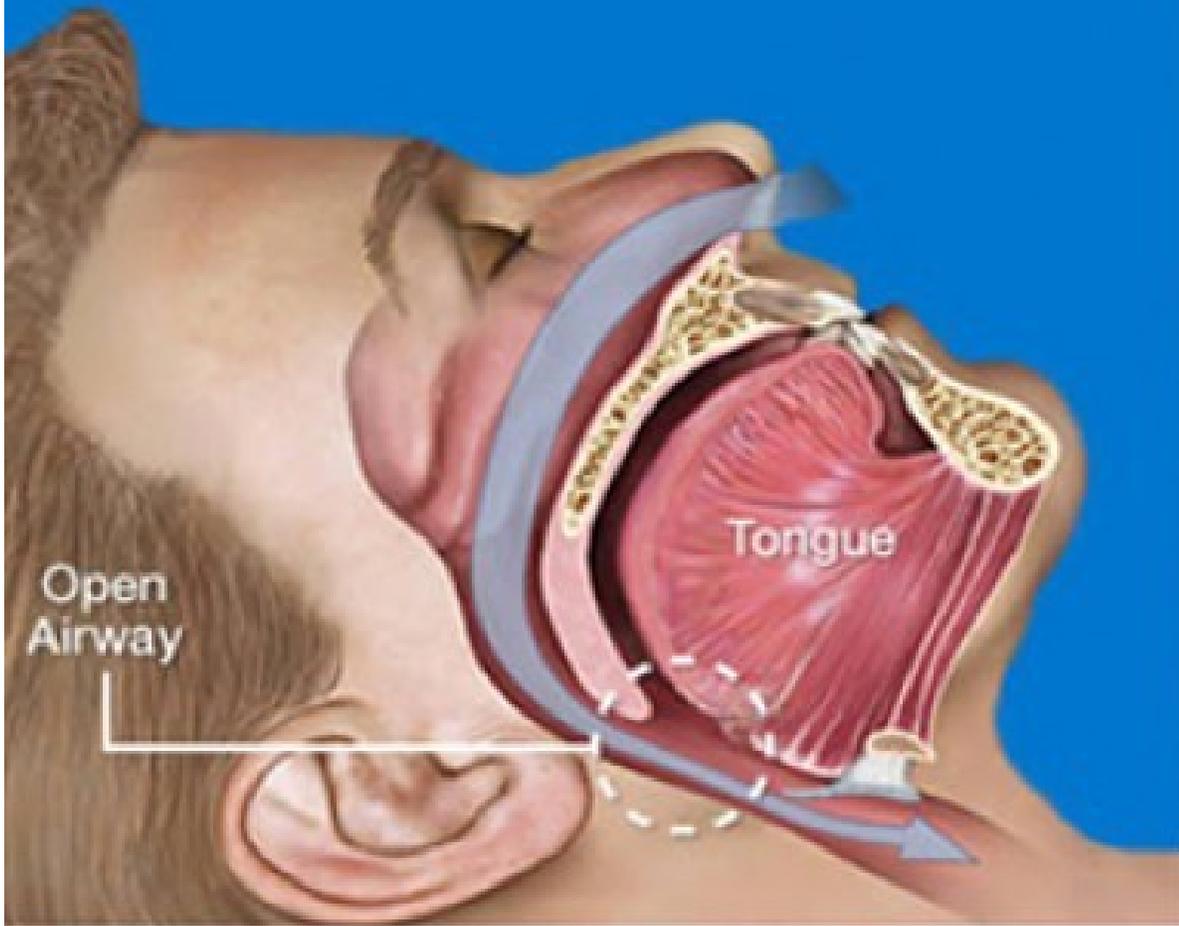
- **Russa:** russa forte (abbastanza forte da essere sentito attraverso le porte chiuse oppure chi dorme con Lei le dà delle gomitate perché russa la notte)
 - Si No
- **Stanco/a:** si sente stanco/a, affaticato/a o assennato/a durante il giorno come se si addormentasse durante la guida?
 - Si No
- **Osservato/a?:** qualcuno l'ha osservata mentre smetteva di respirare o soffocava/rimaneva senza fiato durante il sonno?
 - Si No
- **Pressione?:** E' stato/a trattato/a o è attualmente in trattamento per la pressione alta?
 - Si No
- **Indice di massa corporea BMI superiore a 35Kg/m²?**
 - Si No
- **Età superiore ai 50 anni?**
 - Si No
- **Collo di grandi dimensioni?** (misurato attorno al pomo d'Adamo) per gli uomini il colletto della camicia misura 43 cm o più, per la donna il colletto della camicia misura 41 cm o più?
 - Si No
- **Sesso maschile?**
 - Si No

**FASE I
PRE-OPERATORIA**

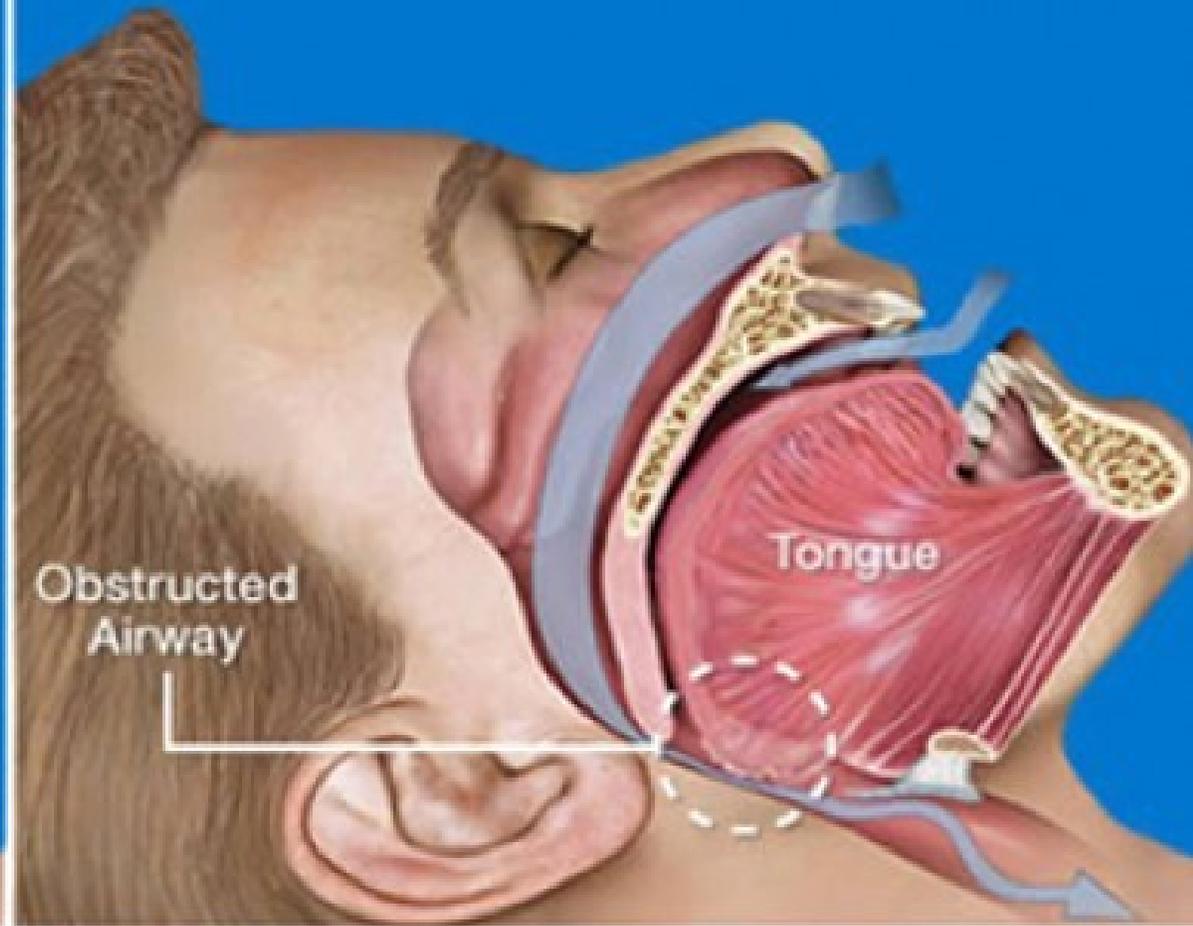
In base alle risposte avute dal questionario
“STOP-BANG”

- **Basso rischio** di OSA: Si a 0-2 domande
- **Medio rischio** di OSA: Si a 3-4 domande
- **Alto rischio** di OSA: Si a 5-8 domande, oppure:
 - Si a 2 o più della 4 domande STOP + sesso maschile
 - Si a 2 o più delle 4 domande STOP + BMI >35kg/m²
 - Si a 2 o più delle 4 domande STOP + circonferenza collo > di 43 cm per gli uomini, 41 cm per le donne.
- **NB:** In caso di rischio medio o alto verrà prescritta una polisonnografia e va effettuato un trattamento a domicilio con CPAP (Continuous Positive Airways Pressure) per almeno 4-6 settimane in modo da ridurre le complicanze cardiopolmonari peri-operatorie e post-operatorie.

vie aeree libere, non ostruite



vie aeree ostruite



**FASE I
PRE-OPERATORIA**

Questionario del dolore

La scala del dolore è uno strumento che aiuta a valutare il dolore percepito da un Pz.

Esistono diverse scale, tra cui la Numerical Rating Scale (NRS)

A) scala di valutazione numerica (NRS)

Scala Unidimensionale



VANTAGGI:

- Praticità: uso verbale, nessun supporto cartaceo
- N°di intervalli maggiori della VRS
- Ottimo utilizzo per via telefonica (in assistenza domiciliare)

SVANTAGGI:

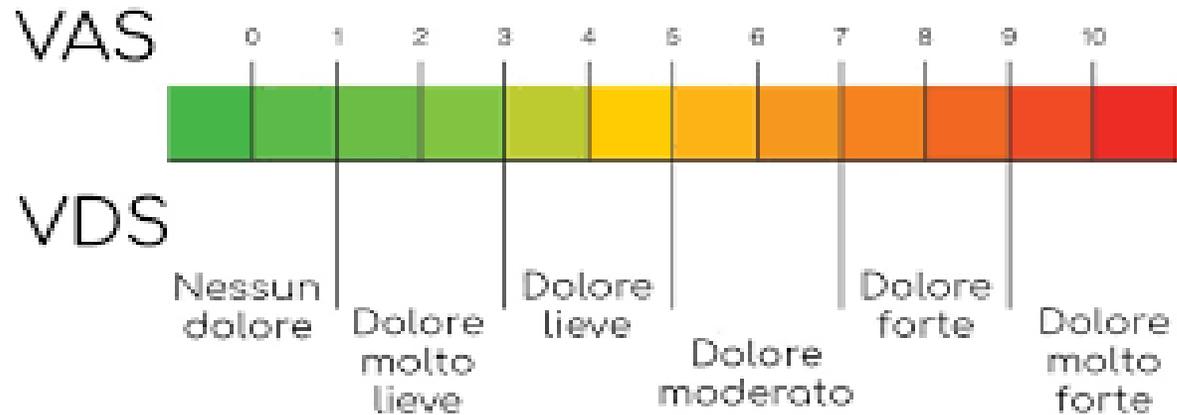
- Difficoltà a ridurre la sensazione dolorosa in numero
- N°di intervalli minori rispetto alla VAS

**FASE I
PRE-OPERATORIA**

Visual Analog Scale (VAS)

La VAS è una scala visiva basata su una linea di 10 cm dove l'estremo sinistro rappresenta "nessun dolore" e l'estremo destro "il peggiore dolore possibile"

Scala del dolore



**FASE I
PRE-OPERATORIA**

La Verbal Rating Scale (VRS).

La VRS è una scala verbale che utilizza descrittori come "nessuno", "lieve", "moderato" e "grave"



0

Non fa per niente male



2

Fa male solo un pochino



4

Fa male un po' di più



6

Fa ancora più male



8

Fa tanto male



10

Fa un male incredibile

FASE I PRE-OPERATORIA

L' idoneità all'Intervento Chirurgico ci porterà alla II fase intra-operatoria che inizierà quando il Paziente arriverà al BB.OO. e si concluderà con la dimissione dalla PACU (Post Anesthesia Care Unit) o Sala Risveglio

**FASE II
INTRA-OPERATORIA**

- 1)FASE I - ASSISTENZA AREA PRE-OPERATORIA**
- 2) FASE II - ASSISTENZA IN SALA OPERATORIA**
- 3)FASE III - ASSISTENZA POST-OPERATORIA
IMMEDIATA**

**FASE II
INTRA-OPERATORIA**

**FASE I
ASSISTENZA PRE-
OPERATORIA**

Il Paziente arriva al BB.OO. e viene accolto dall'Infermiere di Anestesia il quale lo colloca in sala pre-operatoria e controlla:

- Dati anagrafici
- Documentazione sanitaria e consensi (che siano completi)
- L'adeguatezza della preparazione svolta dall' U.O. di provenienza (reparto di degenza) :
 - Digiuno da liquidi da almeno 2 ore e da cibi solidi da almeno 6 ore
 - Paziente indossi solo il camice operatorio
 - Paziente indossi le calze antitrombo
 - Tricotomia
 - Rimozione di protesi mobili
 - Rimozione di gioielli e monili
 - Rimozione di smalti e trucchi

**FASE II
INTRA-OPERATORIA**

**FASE I
ASSISTENZA PRE-
OPERATORIA**

Procederà alla valutazione del rischio nausea e vomito post-operatorio, PONV (Postoperative Nausea and Vomiting) calcolando lo score di APFEL

Risk factors	Points
Female gender	1
Non- smoker	1
History of PONV	1
Postoperative opioids	1

PONV: Postoperative nausea and vomiting

**FASE II
INTRA-OPERATORIA**

**FASE I
ASSISTENZA PRE-
OPERATORIA**

SCORE SCALA APFEL

Score	Probabilità di nausea e vomito post-op in %
0	10%
1	21%
2	39%
3	61%
4	78%

FASE INTRA-OPERATORIA

**ASSISTENZA PRE-
OPERATORIA**

L'Anestesista durante la visita pre-operatoria ha valutato le vie aeree superiori tramite la SCALA MALLAMPATI che stabilisce la difficoltà dell'intubazione oro-tracheale.

La CLASSE III e IV indicano una maggiore difficoltà per l'intubazione, in questi casi l'infermiere d'anestesia dovrà preparare anche lo strumentario per l'intubazione difficile

The Mallampati Score



FASE INTRA-OPERATORIA

**ASSISTENZA PRE-
OPERATORIA**

Insieme agli altri indicatori di gestione difficoltosa delle vie aeree come:

- Appunto la presenza di sindrome metabolica
- Circonferenza del collo >43cm uomo, >41cm donna
- Malattie da reflusso
- Waist-to-Hip Ratio >0.8 donna, >0,9 uomo
- BMI >30 kg/m² peso/ (altezza m)²
- Score STOP BANG ≥5
- Meno di 20mm per la distanza interdentaria
- Distanza mento-tiroide uguale o inferiore a 65mm

Ci daranno indicazione sul grado di difficoltà della intubazione

Responsabilità dell'Infermiere d'Anestesia sarà quello di preparare il necessario per prevenire, affrontare e risolvere qualsiasi problematica!

**FASE II
INTRA-OPERATORIA**

**FASE I
ASSISTENZA PRE-
OPERATORIA**

POSIZIONAMENTO ACCESSO VENOSO

Si posizionano 2 CVP di grosso calibro 16G 18Gauge
Si procederà alla somministrazioni di liquidi o terapia se prescritta dall'Anestesista e si accompagnerà il Paziente in Sala Operatoria



**FASE II
INTRA-OPERATORIA**

**FASE II
ASSISTENZA
SALA OPERATORIA**

LA SALA OPERATORIA già preparata da tutta l'equipe ospiterà il Paziente

L'Infermiere d'Anestesia verificherà per la sua parte il corretto funzionamento dei presidi e degli elettromedicali e preparerà il materiale monouso dedicato...



**FASE II
INTRA-OPERATORIA**

**FASE II
ASSISTENZA
SALA OPERATORIA**

Letto operatorio

Letto operatorio automatizzato, in grado di sostenere pazienti che pesano fino a 350kg. Dotato di cinghie di contenimento (per evitare scivolamento e cadute), supporto per arti inferiori e superiori, e possibilità di inclinazione del letto di 30° in posizione anti-trendelenburg



**FASE II
INTRA-OPERATORIA**

**FASE II
ASSISTENZA
SALA OPERATORIA**

Apparecchio d' Anestesia

Respiratore automatico

Monitoraggio profondità anestesia "modulo BIS"

Monitoraggio della curarizzazione "modulo TOF"

Monitoraggio completo Parametri Vitali



FASE INTRA-OPERATORIA

**ASSISTENZA
SALA OPERATORIA**

Strumentario e materiale per l'intubazione



FASE INTRA-OPERATORIA

**ASSISTENZA
SALA OPERATORIA**

Strumentario per l'intubazione difficile

Introduttore per intubazione



Guida cambio tubo



**FASE II
INTRA-OPERATORIA**

**FASE II
ASSISTENZA
SALA OPERATORIA**

Strumentario per l'intubazione difficile

Videolaringoscopio portatile

Videolaringoscopio a colonna



0570-0307

**FASE II
INTRA-OPERATORIA**

**FASE II
ASSISTENZA
SALA OPERATORIA**

Strumentario per l'intubazione difficile

Videolaringo con fibroscopio



**FASE II
INTRA-OPERATORIA**

Il Paziente trasferito sul lettino operatorio verrà posizionato a cura dell'Infermiere di Anestesia insieme a tutta l'equipe e verrà monitorizzato e bloccato per evitare cadute.

**FASE II
ASSISTENZA
SALA OPERATORIA**

Il monitoraggio è standard, applicato a tutti i Pazienti che accedono in sala Operatoria per essere sottoposti ad interventi Chirurgici in Anestesia Generale:

- PA incruenta
- FC
- RITMO CARDIACO/ECG
- FR
- SO₂
- CO₂ di fine espirazione attraverso Capnografia e/o Capnometria
- VOLUMI RESPIRATORI attraverso Spirometria

**FASE II
INTRA-OPERATORIA**

**FASE II
ASSISTENZA
SALA OPERATORIA**

Durante gli interventi di Chirurgia Bariatrica è fortemente raccomandato monitorare altri parametri per garantire un outcome positivo.

Esempio:

La misurazione della pressione arteriosa non cruenta, anche se eseguita con un giusto bracciale, può favorire la formazione di petecchie a causa della continua misurazione, inoltre, il posizionamento in anti-Trendelenburg ed il Pneumoperitoneo potrebbero falsare le rilevazioni pressorie, perciò è preferibile il monitoraggio della pressione arteriosa cruenta (diverse linee di pensiero).

L'ipotermia aumenta la domanda metabolica, aumentando la richiesta d'ossigeno, il carico di lavoro cardiaco del cuore ed il rischio di infezioni del sito chirurgico, per questa ragione si monitora la TC per evitare che si abbassi sotto i 36C°, applicando delle misure di prevenzione come l'utilizzo del materasso riscaldato e la somministrazione di liquidi caldi.

**FASE II
INTRA-OPERATORIA**

**FASE II
ASSISTENZA
SALA OPERATORIA**

Nei Pazienti Obesi varia il volume di distribuzione dei farmaci,

il legame con le proteine, il metabolismo epatico alterato, l'ipervolemia tipica, l'aumento della clearance renale, rende la farmacocinetica delle persone Obese diversa dalle persone normopeso, aumentando il rischio di vigilanza intraoperatoria. Per evitare che il Paziente si svegli durante l'intervento monitoreremo la profondità dell'anestesia attraverso il modulo BIS, indice bispettrale, che esamina l'attività elettrica del cervello, indicandoci il suo stato di coscienza.



**FASE II
INTRA-OPERATORIA**

**FASE II
ASSISTENZA
SALA OPERATORIA**

Sempre a causa dell'alterazione della farmacocinetica anche nel caso di somministrazione di farmaci miorilassanti come i curari, bisogna monitorare il Blocco NeuroMuscolare, NMB.
Misureremo l'indice di rilassamento muscolare attraverso il modulo TOF



**FASE II
INTRA-OPERATORIA**

**FASE II
ASSISTENZA
SALA OPERATORIA**

Durante la fase dell'induzione dell'anestesia e per l'intubazione oro-tracheale, il Paziente viene messo in posizione "RAMPED", anche chiamata Heat Elevated Laryngoscopy Position (HELP), ossia paziente semi-seduto con busto sollevato di 25-30° (meglio ottenibile con presidi dedicati, come il cuscino HELP rialzato per laringoscopia).

Questa posizione:

- ottimizza la visualizzazione dell'ingresso laringeo
- aumenta la compliance della parete toracica facilitando la
- ventilazione manuale
- riduce il rischio di reflusso gastrico

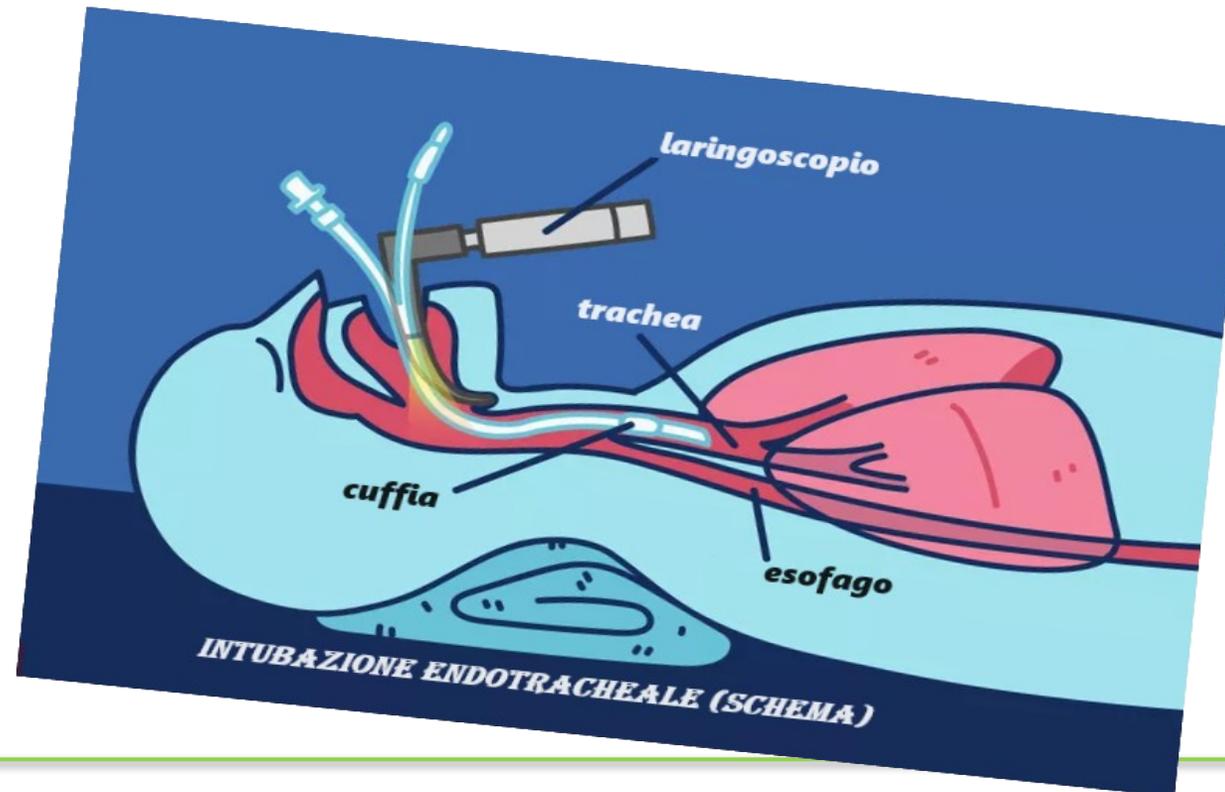


**FASE II
INTRA-OPERATORIA**

**FASE II
ASSISTENZA
SALA OPERATORIA**

I Pazienti con Obesità patologica sono soggetti a problemi respiratori a causa della scarsa riserva di ossigeno, degli alti tassi di consumo di ossigeno e della ridotta compliance toracica. Saturazione sotto il 90% in 3 minuti rispetto ai 6 minuti del normopeso

Motivo per cui il tempo della manovra dell' intubazione deve essere ridotto al minimo!!



**FASE II
INTRA-OPERATORIA**

**FASE II
ASSISTENZA
SALA OPERATORIA**

Per massimizzare le riserve di ossigeno del Paziente si effettua una pre-ossigenazione con CPAP (Continuous Positive Airways Pressure) associata ad una PEEP (Pressione Positiva di Fine Espirazione) di 10cm H₂O per almeno 5 minuti con O₂ al 100%



FASE II
INTRA-OPERATORIA

FASE II
ASSISTENZA
SALA OPERATORIA

Durante l'intubazione l'Infermiere d'Anestesia attuerà la manovra di **Sellick**, anche nota come **pressione cricoidea anteriore**, è una manovra di emergenza medica che consiste nell'esercitare una pressione sulla cartilagine cricoidea per bloccare la gola e impedire il rigurgito del contenuto gastrico nella trachea durante l'intubazione e ad allineare la trachea facilitando il passaggio del tubo endotracheale



**FASE II
INTRA-OPERATORIA**

**FASE II
ASSISTENZA
SALA OPERATORIA**

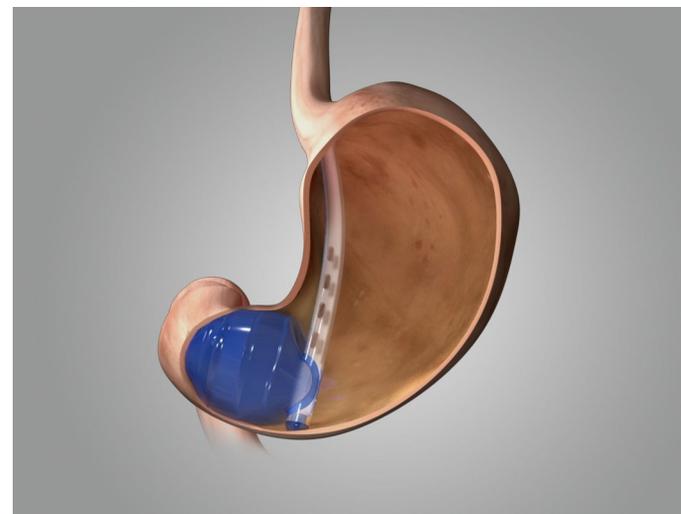
Intubazione



**FASE II
INTRA-OPERATORIA**

**FASE II
ASSISTENZA
SALA OPERATORIA**

A richiesta del Chirurgo verranno posizionate Sonde di Calibrazione Specifiche o SNG



**FASE II
INTRA-OPERATORIA**

**FASE II
ASSISTENZA
SALA OPERATORIA**

Il Paziente sottoposto a Chirurgia Bariatrica Laparoscopica, hanno un rischio di nausea e vomito post-operatorio (PONV) elevato principalmente correlato all'aumento della pressione intraddominale causato dal pneumoperitoneo.

In caso di PONV, potrebbe verificarsi:

Aumento della tensione di sutura

Deiscenza anastomotica

Rottura dell'esofago

Disidratazione

Squilibrio elettrolitico

Ipertensione venosa

Aspirazione di contenuto gastrico

Per questi motivi è importante somministrare una terapia antiemetica multi-modale

**FASE II
INTRA-OPERATORIA**

**FASE II
ASSISTENZA
SALA OPERATORIA**

E' responsabilità dell'Infermiere garantire la sicurezza ed il benessere dall'assistito durante l'intervento chirurgico.

Circa 30 minuti prima dell'estubazione si somministrerà analgesia intra-operatoria con paracetamolo 1g, Keterolac 30 mg, ondansetron 8mg

L'infermiere d'Anestesia assiste durante l'intubazione e l'estubazione, si occupa della somministrazione dei farmaci e supervisiona le condizioni dell'assistito durante tutto il periodo intra-operatorio tenendo sempre sotto controllo i parametri vitali del paziente.

Una volta concluso l'intervento e svegliato il Pz verrà accompagnato in PACU (Post Anesthesia Care Unit).

**FASE II
INTRA-OPERATORIA**

Assistenza Post-operatoria Immediata inizia con il Paziente in PACU (Post Anesthesia Care Unit).

È l'unità operativa dedicata al monitoraggio postoperatori del paziente, dove rimarrà fino al completo risveglio dall'anestesia.

**FASE III
ASSISTENZA
POST OPERATORIA
IMMEDIATA**

L'infermiere d'Anestesia ha la responsabilità del:

Controllo globale della salute del paziente

Controllo del livello di conoscenza

Controllo della capacità del Paziente di rispondere a comandi semplici

L'Infermiera d'Anestesia previene ed eventualmente tratta le complicanze immediate post-operatorie, inoltre si occupa della somministrazione dei farmaci prescritti dall'Anestesista come elastomero per terapia del dolore per le 24/48h.

**FASE II
INTRA-OPERATORIA**

Nei Pazienti Obesi il rischio delle complicanze Respiratorie è molto alto, accentuato ancor più dall'anestesia generale. Al fine di prevenire complicanze il Paziente va posizionato semi-seduto e va somministrato O2 terapia (Ventimask al 40%).

**FASE III
ASSISTENZA
POST OPERATORIA
IMMEDIATA
PACU**

L'infermiere d'Anestesia valuterà (massimo) ogni 15 minuti anche se preferibile in modo continuo:

le vie respiratorie

la funzionalità respiratoria

a funzionalità cardiaca

attraverso la misurazione e la documentazione dei parametri vitali.

Il Paziente rimarrà in PACU per circa 2 ore dal fine intervento

**FASE II
INTRA-OPERATORIA**

SE: paziente ben sveglio, ventilazione adeguata, stabilità cardiocircolatoria, buon controllo del dolore, ben riscaldato, senza nausea e/o vomito

→ **Trasferimento al Reparto**

SE: paziente con patologie cardiocircolatorie o respiratorie di media entità, o se problemi intra-operatori

→ **Trasferimento al Reparto con monitoraggio continuo automatico + controllo EGA, ECG, Rx Torace, ecc.**

SE: paziente con gravi patologie cardiocircolatorie (cardiopatía ischemica, cardiomiopatía dilatativa, valvulopatie di grado severo)

→ **monitoraggio e assistenza post-operatoria di tipo intensivo**

SE: paziente con grave insufficienza respiratoria cronica

→ **Trasferimento in T.I. per assistenza ventilatoria post-operatoria**

SE: ipercapnia grave con necessità di assistenza ventilatoria (eccessiva du-

rata dell'intervento, risveglio ritardato, ventilazione inadeguata al risveglio, PN ripetuto più volte nel corso dell'intervento)

→ **Trasferimento in T.I.**

**FASE III
ASSISTENZA
POST OPERATORIA
IMMEDIATA
PACU**

FASE III POST-OPERATORIA

La gestione del dolore post operatorio nei pazienti Obesi richiede un approccio personalizzato, che tiene conto delle loro caratteristiche individuali e della tipologia di intervento chirurgico. È fondamentale un'analgesia multimodale, che combina diversi farmaci e tecniche, per minimizzare i rischi e massimizzare l'efficacia.

Sarà cura dall'Anestesista e dell'Infermiere di Anestesia controllare il Paziente nelle 24/48 successive all'intervento ed assicurare una degenza post-operatoria di benessere!!

In reparto prosegue analgesia post-operatoria con:

- paracetamolo 1 g ogni 6 h per 48h;
- se NRS > 3, ketorolac 30 mg max 90mg/die;
- se permane NRS > 3, dopo un'attenta valutazione da parte dell'Anestesista e Chirurgo verrà prescritto e somministrato eventualmente un oppiaceo

CONCLUSIONI

Infermiere d'Anestesia

In passato era considerato un ruolo disgiunto da quelli del resto dell'Equipe Infermieristica di Sala Operatoria, quasi riservato (un'élite).

Oggi lotta, invece, perchè la figura non venga assorbita dall'infermiere di sala, meccanismi di interscambiabilità professionale che piacciono tanto alle aziende sanitarie moderne a causa dei drastici tagli alla Sanità, spending review.

Avere personale dedicato esclusivamente all'anestesia è più raro.

Formare dei professionisti polivalenti può, da un lato favorire la multidisciplinarietà dell'equipe, ma dall'altro priva l'equipe stessa di personale altamente specializzato che fa la differenza nelle situazioni difficili e nella gestione dei pazienti critici.

Sostanzialmente alle Aziende fa comodo avere personale factotum, in barba ad una riduzione della qualità dei servizi più che evidente.

CONCLUSIONI

Infermiere d'Anestesia



La realtà statunitense (noi che guardiamo sempre con ammirazione i progressi americani in campo d'avanguardia sanitaria), pone l'Infermiere d'Anestesia come la terza figura meglio retribuita del panorama sanitario con un'autonomia ed una responsabilità propria.

Quì ci sarebbe da riflettere!!!!

Infermiere d'Anestesia

Dovrebbe essere visto più come un JOLLY e non come un Giullare



