

ASISTENZA INFERMIERISTICA PERIOPERATORIA

NUOVE SFIDE TRA
INNOVAZIONE
ED ETICA



TRIESTE 17-18 OTTOBRE 2025

Presidenti

Prof. Nicolò de Manzini

Dott. Alan Biloslavo

Dr. Eduardo Mantuano
Coordinatore infermieristico

Sala Operatoria Neurochirurgia e Neurotraumatologia
Ospedale Policlinico San Martino
Genova

53° CONGRESSO NAZIONALE SICUT 2025

Assistenza Infermieristica pz chirurgico



A seconda della modalità nella quale venga svolta la procedura chirurgica, la presa in carico del paziente richiede processo di nursing diversificato

**Modalità
Ricovero**

**Ricovero
Programmato**

**Urgenza
EMERGENZA**

Prericovero

**Pronto
Soccorso**

**Intervento
Chirurgico**

**Intervento
Chirurgico**

Ordinario

Day surgery

One day

**Regime
Ambulatoriale**

Gli interventi chirurgici secondo la sua complessità le possiamo classificare in:

- **Chirurgia ad alta complessità o chirurgia maggiore**
- **Chirurgia a bassa complessità o chirurgia minore**

Prima fase

Prericovero

Inizia dopo la prima valutazione chirurgica nella quale viene proposto il trattamento chirurgico all'utente.

In questa fase inizia la preparazione del paziente all'intervento chirurgico.

Il suo scopo è rendere idoneo il soggetto al trattamento chirurgico in modo di ridurre il rischio di mortalità di questo.

Vengono eseguite:

- ▶ Valutazione anestesiologicala
- ▶ Valutazione chirurgica
- ▶ Valutazione polispecialistica
- ▶ Valutazione infermieristica

Preparazione Preoperatoria

Inizia con la prima presa in carica del pz e finisce con il trasferimento dello stesso nel blocco operatorio

Viene pianificata secondo il regime di ricovero più adeguato per il paziente

Se L'intervento chirurgico è programmabile

La preparazione avviene in più fasi



In passato

La prima preparazione del paziente avveniva in reparto



Oggi

la preparazione avviene in regime ambulatoriale e in più momenti

Prericovero

► Obiettivi:

Preparare in modo corretto il paziente, riducendo il periodo di ricovero.

Migliorare la gestione dei posti letto

Migliorare la programmazione delle sedute operatorie di chirurgia elettiva

Possibilità di introdurre linee guide e protocolli che uniformino i criteri per l'indicazione degli esami clinico/strumentali e visite specialistiche.

Contenimento/riduzione della spesa

Valutazione Anestesiologica

La valutazione anestesiologica preoperatoria va vista come una componente del più articolato processo di valutazione preoperatoria multidisciplinare che comprende la scelta fra trattamento chirurgico o non chirurgico, l'accertamento dello stato generale del paziente, l'organizzazione e la programmazione delle risorse necessarie per il trattamento perioperatorio.

La valutazione anestesiologica preoperatoria va vista come una componente del più articolato processo di valutazione preoperatoria multidisciplinare che comprende la scelta fra trattamento chirurgico o non chirurgico, l'accertamento dello stato generale del paziente, l'organizzazione e la programmazione delle risorse necessarie per il trattamento perioperatorio.

Valutazione anestesiológica preoperatoria

Obiettivi

Classificare il paziente secondo il suo stato fisico (classificazione ASA)

Identificare fattori di rischio generici o specifici

Indicare il tipo di premedicazione da effettuare e la tecnica di anestesia più appropriata.

Prevedere la necessita di utilizzo di presidi necessari durante il trattamento anestesiológico

Stabilire eventuali provvedimenti terapeutici/farmacologici appropriati al singolo caso

Valutazione anestesiological preoperatoria

- ▶ Deve basarsi sulla raccolta dei dati anamnestici

ANAMNESI REMOTA E RECENTE; ANAMNESI FAMILIARE; FISIOLÓGICA E PATOLOGICA

- ▶ Esame obiettivo

La valutazione obiettiva del soggetto deve essere standardizzata nel rispetto delle linee guide.

- ▶ Valutazione esami di laboratorio ed strumentali, eventuali valutazione polispecialistiche

**PRIMA DI UNA CHIRURGIA ELETTIVA , IL GIUDIZIO CLINICO
DEVE GUIDARE LA PRESCRIZIONE DELL'ESAME.**

Valutazione Infermieristica

Processo di nursing

Raccolta
Dati
Anamnesi

Valutazione stato
attuale del cliente

Valutazione
Apparato cardio-
respiratorio

Valutazione stato
nutrizionale

Valutazione
Apparato Intestinale

Valutazione della
Cute

Valutazione
Apparato Urinario

Pianificazione degli interventi
infermieristici volti a

Preparare in modo corretto il
paziente

Prevenire i danni da anestesia
garantendo le funzioni vitali

Gestire le vie aeree e la
funzione respiratoria

Controllare e gestire il rischio
emorragico

Prevenire le reazioni allergiche
e gli eventi avversi della
terapia

farmacologica

Sospensione del fumo

Prevenire il tromboembolismo
postoperatorio

Prevenire le infezioni del sito
chirurgico

Pianificazione dimissione e
follow up.

Fattori influiscono sulle infezioni postoperatorie:

Fattori di rischio in generale:

Stato generale del paziente

Età

Diabete

Malnutrizione

Terapie protratte con corticosteroidi o immunosoppressori

Fattori di rischio localizzati:

Rischio contaminazione sito chirurgico

Durata della degenza preoperatoria

Presenza di “focus” infettivo in prossimità

L'intervento in urgenza

La tecnica operatoria utilizzata

ACCOGLIENZA

RACCOLTA DATI

COMPILAZIONE CARTELLA INFERMIERISTICA

SISTEMAZIONE LOGISTICA ALL'INTERNO DELL'UNITA DI DEGENZA

FASE DEL RICOVERO
24 ORE PRIMA DELL'INTERVENTO

PREPARAZIONE

CVP

CUTE

TRICOTOMIA

DIGIUNO

DECOMPRESIONE GASTRICA

SOMM. FARMACI

POSIZIONAMENTO CALZE ANTITROMBO

CONTROLLO DOCUMENTAZIONE
E CHECK LIST

Preparazione della Cute

La preparazione cutanea preoperatoria, è un insieme di cure che contribuisce alla prevenzione delle infezioni del sito operatorio sia perché riduce il rischio di contaminazione perioperatoria di origine endogena (flora cutanea del paziente) sia per l'effetto della detersione della cute e l'applicazione di antisettici.

Le infezioni del sito chirurgico rappresentano il 15-20% delle infezioni acquisite in ospedale. Una stima statunitense ci indica che queste allunga di 7 giorni la degenza in ospedale con conseguente aggravio di spesa e una maggiore richiesta di risarcimento per cause legate a esiti post infettivi.

PREPARAZIONE CUTENEA

Doccia Preoperatoria

Obiettivo

Abbattere il rischio di infezioni del sito chirurgico (attraverso la riduzione della carica microbica cutanea)

Quando

La sera prima dell'intervento e la mattina dell'intervento dopo tricotomia

Cosa usare

Clorexidina o
Iodopovidone (betadine
o hibiscrub monodose e
monouso

Gli errori frequenti

Non rimuovere i residui di collante sulla cute prima della Doccia

Non predisporre nei bagni, kit monouso per Doccia (monodose di antisettico+applicatore + telo per asciugatura)

Non Fare indossare pigiama pulito (o camice dell'Ente) dopo la doccia

Non verificare che il paziente si sia lavato in modo adeguato

Clorexidina vs Iodopovidone

Clorexidina

Per la doccia preoperatoria la clorexidina rimane la prima scelta

Vantaggi:

Buona tolleranza cutanea

Scarso potere allergogeno

Non interferenza con patologie in atto

L'efficacia durevole

Svantaggi

Diminuzione della carica microbica è ottimale dopo almeno 2 applicazioni (sera e mattina)

Iodopovidone

Per la doccia preoperatoria l'iodopovidone è da considerare come seconda scelta.

Svantaggi

Reazioni allergiche nei pz con allergia a prodotti iodati

Possibile assorbimento di iodio su cute non integra Teorica interferenza con patologie in atto (tireotossicosi)

Tempo necessario per l'antisepsi più lungo (contatto 2 min)

pigmentazione cutanea a fronte di: buona e durevole efficacia Doccia preoperatoria

Doccia antisettica preoperatoria

Uno studio compiuto su 700 operandi ha evidenziato che due docce preoperatorie con clorexidina ha ridotto la conta batterica di 9 volte rispetto allo iodio povidone.

Le docce preoperatorie riducono la conta delle colonie microbiche, ma questo non è associato ad una riduzione di tassi di infezione del sito chirurgico.

PREPARAZIONE CUTENEA

Tricotomia

Obiettivo

Abbattere il rischio di infezione
del sito
chirurgico (ferita)

“Evitare la depilazione
preoperatoria, a meno che i
peli siano vicini o addirittura
nella zona di incisione e
pertanto possano interferire
con l'operazione stessa.”

“Se i peli vengono tagliati,
bisogna procedere
immediatamente
prima dell'intervento,
preferibilmente con un rasoio
elettrico”

DEPILATORE ELETTRICO O
RASOIO MONOUSO

CREME DEPILATORIE

CREME DEPILATORIE

VANTAGGI

- ▶ Lascia la cute pulita, liscia ed intatta
 - ▶ Non provoca graffi, abrasioni, tagli
- ▶ Vi è una totale eliminazione dei peli
 - ▶ Non causa fastidi al paziente
- ▶ Può essere eseguita anche dal pz stesso
 - ▶ È utile per pazienti disorientati o agitati
- ▶ Non è più costosa di altri metodi

SVANTAGGI

- Deve essere usata con cautela in zone delicate, quali: zona rettale e scrotale, per il rischio di reazioni allergiche
- Allergia alle sostanze chimiche

Digiuno

Le linee guida dell'American Society of Anesthesiologists (ASA 1999), per la gestione del digiuno preoperatorio, confermate da altre società scientifiche internazionali, stabiliscono che un digiuno prolungato è una pratica non necessaria per i pazienti non a rischio di aspirazione ed in attesa di un intervento in elezione

Se prescritto

Prevede la sospensione dell'alimentazione solida 6/8 ore prima dell'intervento e la sospensione dei liquidi chiari almeno 2 ore prima

I pazienti devono essere informati del periodo di digiuno preoperatorio e delle sue ragioni con sufficiente anticipo rispetto all'intervento.

La verifica del rispetto della prescrizione di digiuno deve essere effettuata al momento dell'intervento.

Quando queste raccomandazioni non sono seguite, i professionisti devono valutare il rapporto rischi-benefici del procedere ugualmente, in relazione alla quantità di liquidi o di solidi ingeriti.

Digiuno

INTERVENTO IN ANESTESIA GENERALE O
REGIONALE (PERIDURALE, DI PLESSO)

Somministrare dieta a base di minestrina, semolino o the, la sera precedente l'intervento.

- Sospendere la somministrazione di ogni alimento 8 ore prima dell'orario previsto per l'intervento.
- Segnalare ogni interruzione del digiuno completo all'anestesista.
- Durante il periodo di digiuno possono essere somministrati i farmaci prescritti, sia per via parenterale che per via orale.

Ai bambini e/o neonati, possono essere somministrate, nelle 24 ore precedenti l'intervento, soluzioni zuccherine, la cui somministrazione dovrà comunque essere sospesa 4 ore prima dell'entrata in sala operatoria.

- Per il paziente diabetico attenersi scrupolosamente alle indicazioni del diabetologo e/o dell'anestesista.

Preparazione intestinale e decompressione gastrica

Preparazione Intestinale

diversa a seconda del tipo di intervento chirurgico previsto.

Un minore contenuto in feci a livello delle anse è un fattore di sicurezza per limitare la contaminazione del campo operatorio nel caso di/nella necessità di una resezione d'ansa.

Indicazione che rende necessaria la preparazione intestinale:

Prevenzione di condizioni che favoriscono la sindrome dell'ileo paralitico (anestesia generale)

Attenzione

Lo svuotamento meccanico dell'intestino in preoperatorio non sembra ridurre l'incidenza di deiscenze a livello anastomotico nella chirurgia del colon-retto.

Preparazione intestinale

Quando?

Sera prima dell'intervento:
Piccolo volume 90/120 ml. N°2

o

Grande volume 500/1000 ml
se occorre la mattina 1 a piccolo volume

Indicata in caso di
Chirurgia protesica
(possibile contaminazione
del campo
operatorio)

Esami diagnostici critici
(angiografici, endoscopici)

Chirurgia del colon-retto

Chirurgia con
prevedibile/probabile
contaminazione del
campo
operatorio

Ginecologica maggiore

Urologica maggiore

Neoplastica esofagea,
gastrica,
epatopancreatica e della
via

biliare, del piccolo intestino

Controindicata:

vomito recidivo, stato occlusivo / ileo
meccanico

dolori addominali a genesi non chiara
emorragia del tratto gastroenterico
aborto imminente
gravidanza in fase iniziale
angina instabile

Da valutare nei seguenti
casi

Probabilità di ileo
postoperatorio.

Caratteristiche individuali
dell'alvo (stipsi cronica)

Età (alterata funzione
muscolatura liscia
nell'anziano)

Varianti anatomiche
(megacolon)

Terapia cronica (calcio-
antagonisti)

Disfunzione diaframmatica
postop (ch. addominale
alta e toracica)

Uso prolungato di oppiacei
nel postoperatorio

Disfunzione autonoma nel
diabete

Insufficienza respiratoria
medio-severa

Clisteri-enteroclistmi vs Catartici per via orale (lassativi)

Clisteri- enteroclistma

(750 ±250 ml H₂O + 200 ml/l Glicerina)

Da preferibile in cardiopatici,
nefropatici, grandi anziani, disionici,
disidratati

Vantaggi

Effetto meccanico

Pulizia del colon e ampolla

Efficiacia in 1-2 h

Intervento programmabile dall'OS

Svantaggi

Lavoro diretto dell'OS

Accettazione non sempre buona

Possibile incontinenza (anziano)

Prudenza nel cardiopatico instabile

Catartici

(Sodio fosfato o PEG + 2-3 l di H₂O)

Valutare l'uso in pazienti
cardiopatici scompensati,
nefropatici, disidratati, disionici

Vantaggi

Effetto chimico pulizia di tutto
l'intestino

Efficacia buona e valutabile (feci
chiare e liquide)

Minore carico di lavoro per OS

Svantaggi

Latenza e entità dell'effetto non
totalmente prevedibili

Possibile disidratazione e disionie
iatrogene

Farmaci

Vanno somministrati se prescritti:

- ▶ Antiepilettici
- ▶ Cortisonici (patol. autoimmuni)
- ▶ Antiasmatici
- ▶ Antipsicotici
- ▶ Ansiolitici
- ▶ Antiparkinsoniani
- ▶ Betabloccanti
- ▶ Antipertensivi

Di norma vanno sospesi i seguenti farmaci

- Diuretici (risparmiatori di potassio, rischio di iperkaliemia)
- ACEinibitori (ipotensione, bradicardia)
- Insulina (modificare lo schema terapeutico, ridurre il digiuno)
- Ipoglicemizzanti orali
- Anticoagulanti (warfarin sospeso 2 giorni prima eparina a basso peso molecolare)
- Antiaggreganti piastrinici (clopidogrel) sospeso 5 giorni prima eparina a basso peso molecolare)
- Aspirina e altri FANS (sospesa 7 gg prima)
- Contraccettivi orali (sospesi 4 sett.me prima, rischio TVP)
- Fitoterapie (echinacea, efedra, aglio, ginseng, valeriana)

Profilassi antibiotica

La profilassi antibiotica per il paziente chirurgico dovrebbe mirare a ridurre l'incidenza di infezione del sito chirurgico utilizzando gli antibiotici secondo quanto dimostrano le prove di efficacia

Center for Disease control and prevention

Accesso venoso Centrale o Periferico ?

- Criteri per la scelta dell'accesso venoso

Deve consentire, in caso di necessità, l'infusione di liquidi ad elevata velocità (V.basilica, che scorre sul lato ulnare dell'avambraccio, e la v. cefalica, che scorre sul lato radiale della fossa cubitale anteriore).

- Deve essere posizionato distante dalle sede dell'intervento chirurgico
- Non deve essere posizionato in sede d'infezione o nelle immediate vicinanze di un'infezione
- Evitare posizionamenti in sede che possa costituire un punto di compressione
- Non posizionare in sedi che vengono sottoposte, per ragioni inerenti al tipo d'intervento, a movimenti di flessione.

SVUOTAMENTO DELLA VESCICA

Va fatta svuotare subito prima dell'intervento (eventualmente con nelaton temporaneo)

Interventi urologici, addome inferiore, interventi di lunga durata, monitoraggio della diuresi, bilancio idrico: catetere vescicale permanente tipo Foley a 2/3 vie preferibilmente da posizionare il

Sala operatoria

Fase Preoperatoria

Il giorno dell'intervento

- ❑ Consegnare al paziente abbigliamento idoneo

Camice-cuffia-calzari/copriscarpa

- ❑ Rimuovere

Protesi dentarie, acustiche, occhiali, oggetti metallici, gioielli e oggetti di valore, trucco e smalto

- ❑ Eseguire

Igiene cavo orale e sito chirurgico

- ❑ Minzione

- ❑ Controllo e compilare la documentazione

es. laboratorio, farmaci somm.ti, consenso informato, parametri vitali

- ❑ Eventuali variazioni vanno segnalate tempestivamente sia all'anestesista che al chirurgo

Raccomandazione

E' preferibile che l'inserzione di cateteri vescicali, cateteri vascolari centrali e cateteri arteriosi avvenga direttamente nel blocco operatorio.

In caso di indicazione all'inserzione in degenza seguire le procedure che prevedono misure di asepsi adeguate.

Il trasporto in sala operatoria deve avvenire di norma 30 min prima dell'intervento.

Durante la fase di trasferimento dell'utente al blocco operatorio e di grande importanza mantenere la giusta temperatura corporea.

L'assistenza ai familiari prevede la predisposizione di un idoneo ambiente di attesa.

Checklist

La checklist per la sicurezza in chirurgia è uno strumento di controllo perioperatorio volto a garantire una chirurgia sicura e a minimizzare le complicanze (Haynes et al 2009).

La checklist deve essere adattata al livello locale per tenere conto delle differenze tra le strutture rispetto ai processi, alla cultura delle rispettive sale operatorie e al grado di familiarità tra i diversi membri del team (OMS 2009c)

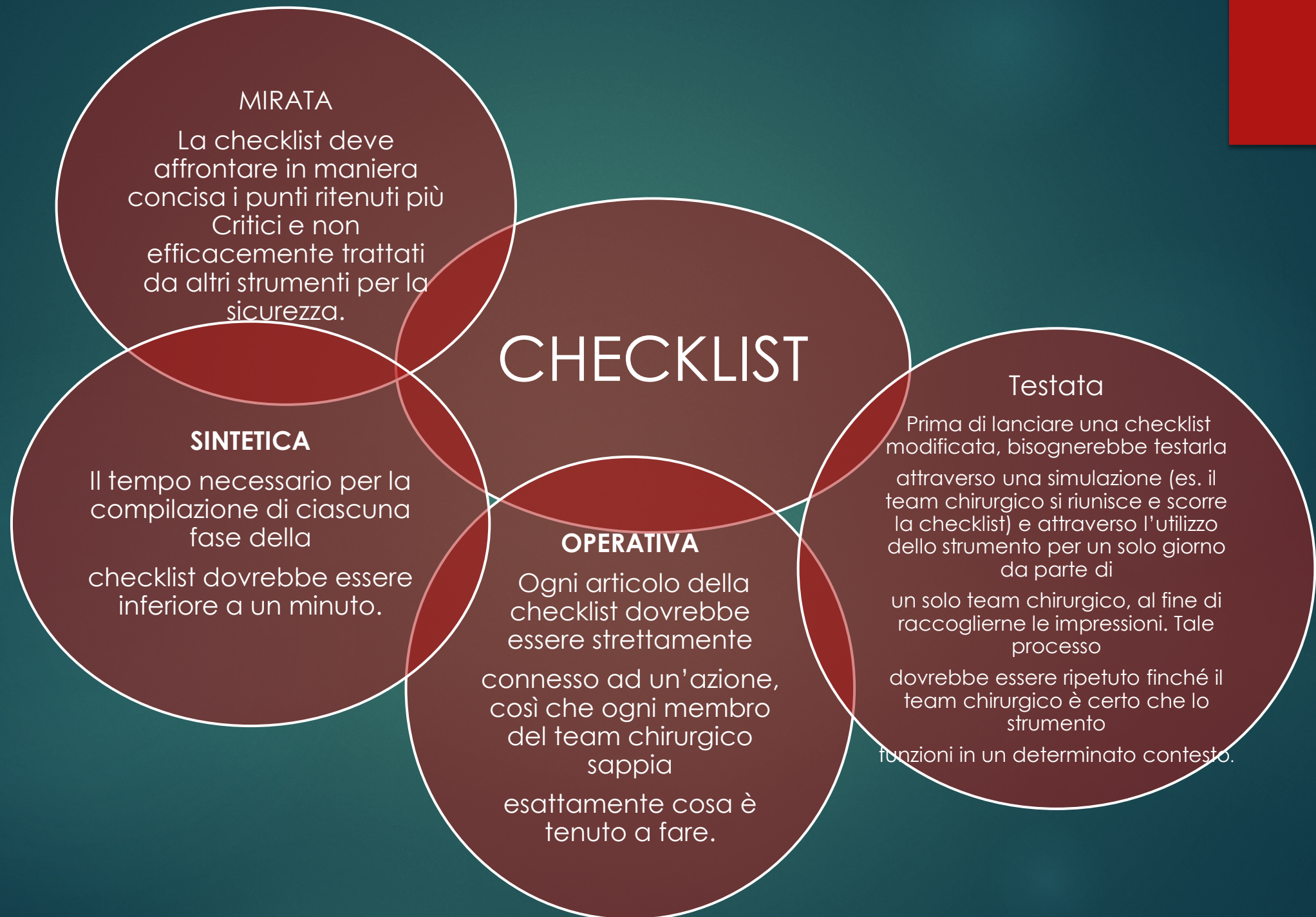
Sign in

Time out

Sign out

World Health Organization		
Checklist Sicurezza Chirurgica (prima edizione)		
Prima dell'induzione dell'anestesia	Prima dell'incisione della cute	Prima che il paziente esca dalla sala operatoria
Ingresso in sala (Sign in)	Time out	Uscita dalla sala (Sign out)
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Il paziente ha confermato:<ul style="list-style-type: none">Nome cognome e data di nascitaSito chirurgicoProcedura chirurgicaConsenso all'anestesia e all'intervento<input type="checkbox"/> Sito chirurgico indicato con segno indelebile sulla cute.<input type="checkbox"/> Checklist anestesia compilata<input type="checkbox"/> Saturimetro collegato e funzionante <p>Il paziente ha:</p> <ul style="list-style-type: none">Allergie note a farmaci e/o alimenti?<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> No<input type="checkbox"/> SìVie aeree difficili/rischio di inalazione?<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> No<input type="checkbox"/> Sì, sono stati previsti ausili e assistenzaRischio di emorragia > 500ml (7ml/Kg per i bambini)<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> No<input type="checkbox"/> Sì, sono stati previsti adeguati accessi venosi e fluidi da infondere	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Tutti i componenti dell'équipe si sono presentati con nome e ruolo<input type="checkbox"/> Chirurgo, anestesista e infermieri hanno verbalmente confermato:<ul style="list-style-type: none">Identificazione del pazienteSito e procedura chirurgicaEventi critici prevedibili<input type="checkbox"/> Chirurgici:<ul style="list-style-type: none">Eventi critici o inaspettati, tempi operatori, perdite ematiche.<input type="checkbox"/> Anestesiológicos:<ul style="list-style-type: none">Ci sono particolari preoccupazioni correlate al paziente?<input type="checkbox"/> Infermieri:<ul style="list-style-type: none">I processi di sterilizzazione sono stati validati?Ci sono particolari preoccupazioni correlate alle apparecchiature?La profilassi antibiotica è stata somministrata negli ultimi 60 minuti?<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> No<input type="checkbox"/> Non applicabile<input type="checkbox"/> SìSono disponibili e visionabili le immagini diagnostiche fondamentali?<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> No<input type="checkbox"/> Non applicabile<input type="checkbox"/> Sì	<p>L'infermiere strumentista conferma verbalmente con l'équipe:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> La denominazione dell'intervento eseguito e la sua registrazione.<input type="checkbox"/> Il conteggio di strumenti, garze, aghi etc. è corretto.<input type="checkbox"/> I pezzi istologici sono correttamente etichettati (incluso il nome del paziente)<input type="checkbox"/> Eventuali problemi connessi alle apparecchiature sono stati segnalati<input type="checkbox"/> Chirurghi, infermieri e anestesisti fanno un debriefing per analizzare e risolvere i punti critici riscontrati durante l'intervento su questo paziente.

Questa checklist non vuole essere definitiva. Si invita a modificare tutto quanto necessario per un migliore utilizzo nelle diverse realtà operative



Revisione sistematica della letteratura efficacia checklist del 2012 (Borchard et al)

2012 è stata pubblicata una revisione sistematica della letteratura (Borchard et al), che ha valutato l'efficacia della checklist e i fattori critici nell'implementazione della stessa. Sono stati presi in considerazione studi che approfondivano gli aspetti sopra menzionati sia per quanto riguarda la checklist dell'OMS, sia per la checklist SURPASS1 e per il Protocollo Universale, oltre che per qualsiasi altro adattamento/modifica di dette checklist. Un totale di 22 articoli sono stati inclusi nella review, 20 dei quali erano studi quantitativi e 2 qualitativi. 17 studi hanno utilizzato sia il Protocollo Universale, sia la checklist dell'OMS, sia un protocollo sviluppato sulla base di uno o entrambi detti protocolli. 4 studi hanno utilizzato la checklist SURPASS. Sono stati individuati 13 articoli all'interno dei quali veniva evidenziata l'efficacia delle checklist o dei protocolli. Di questi, 5 contenevano dati sulla mortalità, 4 su eventuali complicanze e tutti tranne uno evidenziano uno o più "altri esiti". È stata condotta una meta-analisi dei dati di efficacia su 3 studi osservazionali prospettici che avevano in comune la segnalazione di esiti specifici. I due studi più ampi inclusi in questa analisi sono lo studio multicentrico internazionale sulla checklist dell'OMS (Haynes et al 2009) e uno studio multicentrico olandese avente l'obiettivo di analizzare l'efficacia della checklist SURPASS (de Vries et al 2010). Il terzo studio incluso nella meta-analisi ha avuto ad oggetto l'utilizzo della checklist di chirurgia dell'OMS nei pazienti traumatici e ortopedici in Inghilterra (Sewell et al 2009). Dalla meta-analisi è emerso che per tutti e tre gli studi prospettici il rischio di mortalità con l'utilizzo della checklist è pari a 0.57 (intervallo di confidenza del 95%: 0.42- 0.76) mentre il rischio di complicanze è 0.63 (intervallo di confidenza 95%: 0.58- 0.67). Inoltre, nei tre studi in oggetto è stato determinato il tasso di infezioni del sito chirurgico e il rischio relativo per tale esito calcolato a 0.62 (intervallo di confidenza 95%: 0.58- 0.67). Due di questi studi hanno dimostrato che attraverso l'utilizzo della checklist OMS o SURPASS il rischio relativo di ritorno non pianificato in sala operatoria è 0.76 (intervallo di confidenza 95%: 0.56-01.02).

Gli autori concludono che l'implementazione di una checklist in chirurgia è uno strumento efficace per diminuire morbidità e mortalità negli ospedali.

CONSENSO INFORMATO

Costituisce il fondamento della liceità dell'attività sanitaria, in assenza del quale l'attività stessa costituisce reato.

Legge 219/2017 ART 1 comma 1

«Nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge».

Art 32 Cost

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge

Art 50 cp

Non è punibile chi lede o pone in pericolo un diritto, col consenso della persona che può validamente disporne.

RUOLO DELL'INFERMIERE

La responsabilità infermieristica è quella di accertarsi che il paziente sia stato informato, che il suo consenso sia documentato in cartella, e valutare la necessità di ulteriori informazioni

ART. 25 - VOLONTÀ DI LIMITE AGLI INTERVENTI (codice deontologico)

L'Infermiere tutela la volontà della persona assistita di porre dei limiti agli interventi che ritiene non siano proporzionati alla sua condizione clinica o coerenti con la concezione di qualità della vita, espressa anche in forma anticipata dalla persona stessa.

Consenso informato

L'informazione deve essere chiara ed essenziale veritiera e completa

Devono essere comunicati

Diagnosi-Prognosi-Terapia medica e chirurgica-Alternative terapeutiche-
Rischi e benefici-Gravità dell'intervento

Decorso post-operatorio-Degenza media-Qualità della vita dopo

Il paziente ha il diritto di revocare in qualsiasi momento il consenso prestato.

In caso di stato di necessità la firma del consenso da parte dei familiari non ha validità alcuna, queste andranno opportunamente informati ma le decisioni cliniche spettano autonomamente al medico.

Conclusioni

Il processo di nursing durante la preparazione del pz. da sottoporre ad intervento chirurgico deve tenere conto dei continui sviluppi della chirurgia che porta la comunità scientifica ad aggiornare continuamente le linee guide tenendo basati sull'evidenza, per tanto non si deve globalizzare la preparazione del paziente chirurgico ma ben si standardizzare l'intero e complesso procedimento di preparazione di questo, mettendo sempre al primo posto la sua sicurezza, la prevenzione e la promozione della salute

Bibliografia

- ▶ Linee guida per la bvalutazione anestesiologica ed esami preoperatori; Società Italiana di Anestesia, analgesia, Rianimazione e terapia intensiva (SIAARTI)
- ▶ Il problema della sicurezza in anestesia; milano maggio 1995
- ▶ Ospedali di Bergamo, revisione letteratura esami preoperatori1996
- ▶ La qualità nei centri unificati preoperatoria, Società italiana per la qualità dell' assistenza sanitaria.
- ▶ Standard pericovero, associazione nazionale di medici di direzione sanitaria.
- ▶ Assistenza alla persona con pblematiche di natura chirurga, CDL infermieristica , Mario Antonini ASL 11 Empoli
- ▶ Check list perioperatoria, Policlinico San Martino
- ▶ Linne guida per la preparazione del pz da sottoporre a procedura chirurgica Az. Osp. Pisana
- ▶ Manuale per la sicurezza in sala operatoria: Raccomandazione e check list, Ministero del lavoro della salute delle politiche sociali.
- ▶ Effectives of an intervation programin reducing postoperative infections, Greco D, Moro ML, Tozzi AE, 1991
- ▶ Raccomandazione n7 Ministero del lavoro della salute delle politiche sociali per la corretta identificazione del paziente del sito e della procedura chirurgica.
- ▶ New England journal of Medicine ; a surgery safety check list to reduce morbidity and mortality in a global population, 2009
- ▶ Use if the Who surgical safety check list in trauma and orthopaedic patients, 2011
- ▶ Systematic review of the effectiveness, compliance and critical factors for implemetation of safety check list in surgery, 2012
- ▶ Codice deontologico Infermiere
- ▶ Codice penale Italiano
- ▶ La costituzione Italiana
- ▶ www.pubmed..ncbi.nlm.nih.gov
- ▶ www.cochranelibrary.com
- ▶ www.aniarti.it
- ▶ www.anestesiaeianimazione.com
- ▶ www.siaarti.it
- ▶ www.gimpios.it
- ▶ www.ministerisalute.it
- ▶ www.opi.it
- ▶ www.iss.it



Grazie per l'attenzione