

# ASISTENZA INFERMIERISTICA PERIOPERATORIA

## NUOVE SFIDE TRA INNOVAZIONE ED ETICA

**TRIESTE 17-18 OTTOBRE 2025**

Presidenti

Prof. Nicolò de Manzini

Dott. Alan Biloslavo



# SICUT

Società Italiana di Chirurgia  
d'Urgenza e del Trauma



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

#### Prericovero

### Urgenza EMERGENZA

#### Pronto Soccorso

### 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 Prericonvalescenza

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 anestesiologica
- ▶ 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



In passato

La prima preparazione del paziente avveniva in reparto

La preparazione avviene in più fasi



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 anestesiologica 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 necessità di utilizzo di presidi necessari durante il trattamento anestesiologico

Stabilire eventuali provvedimenti terapeutici/farmacologici appropriati al singolo caso

# Valutazione anestesiologica preoperatoria

- ▶ Deve basarsi sulla raccolta dei dati anamnestici  
**ANAMNESI REMOTA E RECENTE; ANAMNESI FAMILIARE; FISIOLOGICA E PATHOLOGICA**
- ▶ 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 Cuta  
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'UNITÀ 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 Cuta

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 deterzione 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.

## 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 monodosi e  
monouso)

### Gli errori frequenti

Non rimuovere i residui di collante  
sulla cute prima della Doccia

Non predisporre nei bagni, kit  
monouso per Doccia (monodosi 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 iodi 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 CUTANEA

### Tricotomia

Obiettivo  
Abbattere il rischio di infezione  
del sito  
chirurgico ( ferita)

DEPILATORE ELETTRICO O  
RASOIO MONOUSO

CREME DEPILATORIE

“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”

# 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.

Indicata in casa 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

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

## Preparazione intestinale

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 autonomica nel diabete

Insufficienza respiratoria medio-severa

# Clisteri-enteroclismi vs Catartici per via orale (lassativi)

Clisteri- enteroclisma  
( $750 \pm 250$  ml H<sub>2</sub>O + 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 H<sub>2</sub>O)

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 disione  
iatrogena

# 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)
- Contracezettivi 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	►►►►►
Ingresso in sala (Sign in)		Time out		
<input type="checkbox"/> Il paziente ha confermato: Nome cognome e data di nascita Sito chirurgico Procedura chirurgica Consenso all'anestesia e all'intervento		<input type="checkbox"/> Tutti i componenti dell'équipe si sono presentati con nome e ruolo		
<input type="checkbox"/> Sito chirurgico indicato con segno indelebile sulla cute.		<input type="checkbox"/> Chirurgo, anestesista e infermieri hanno verbalmente confermato: <ul style="list-style-type: none"><li>• Identificazione del paziente</li><li>• Sito e procedura chirurgica</li></ul>		
<input type="checkbox"/> Checklist anestesia compilata		Eventi critici prevedibili		
<input type="checkbox"/> Saturimetro collegato e funzionante		<input type="checkbox"/> Chirurgici:  Eventi critici o inaspettati, tempi operatori, perdite eratiche.		
Il paziente ha:		<input type="checkbox"/> Anestesiologici: Ci sono particolari preoccupazioni correlate al paziente?		
<input type="checkbox"/> Allergie note a farmaci e/o alimenti?		<input type="checkbox"/> Infermieristici: I processi di sterilizzazione sono stati validati? Ci sono particolari preoccupazioni correlate alle apparecchiature? La profilassi antibiotica è stata somministrata negli ultimi 60 minuti?		
<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non applicabile		
<input type="checkbox"/> Sì		<input type="checkbox"/> Sì		
Vie aeree difficili/rischio di inalazione?		Sono disponibili e visionabili le immagini diagnostiche fondamentali?		
<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non applicabile		
<input type="checkbox"/> Sì, sono stati previsti ausili e assistenza		<input type="checkbox"/> Sì		
Rischio di emorragia > 500ml (7ml/Kg per i bambini)				
<input type="checkbox"/> No				
<input type="checkbox"/> Sì, sono stati previsti adeguati accessi venosi e fluidi da infondere				
Questo checklist non vuole essere definitiva. Si invita a modificare tutto quanto necessario per un migliore utilizzo nelle diverse realtà operative				

# CHECKLIST

## MIRATA

La checklist deve affrontare in maniera concisa i punti ritenuti più Critici e non efficacemente trattati da altri strumenti per la sicurezza.

## SINTETICA

Il tempo necessario per la compilazione di ciascuna fase della checklist dovrebbe essere inferiore a un minuto.

## OPERATIVA

Ogni articolo della checklist dovrebbe essere strettamente connesso ad un'azione, così che ogni membro del team chirurgico sappia esattamente cosa è tenuto a fare.

## Testata

Prima di lanciare una checklist modificata, bisognerebbe testarla attraverso una simulazione (es. il team chirurgico si riunisce e scorre la checklist) e attraverso l'utilizzo dello strumento per un solo giorno da parte di un solo team chirurgico, al fine di raccoglierne le impressioni. Tale processo dovrebbe essere ripetuto finché il team chirurgico è certo che lo strumento funzioni in un determinato contesto.

# 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". E' 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 morbilità 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 puo' 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 chiare 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 litteratura esami preoperatori1996
- La qualità nei centri unificati preoperatoria, Società italiana per la qualità dell' assistenza sanitaria.
- Standard prericovero, associazione nazionale di medici di direzione sanitaria.
- Assistenza alla persona con problematiche 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 intervention programmin 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 morbility 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.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov)
- [www.cochranelibrary.com](http://www.cochranelibrary.com)
- [www.anjarti.it](http://www.anjarti.it)
- [www.anesthesiaerianimatione.com](http://www.anesthesiaerianimatione.com)
- [www.siaarti.it](http://www.siaarti.it)
- [www.gimpios.it](http://www.gimpios.it)
- [www.ministerosalute.it](http://www.ministerosalute.it)
- [www.opi.it](http://www.opi.it)
- [www.iss.it](http://www.iss.it)



Grazie per l'attenzione