



**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BARI**  
**SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA**  
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA  
POLO DIDATTICO DEL SALENTO  
ASL LECCE P.O. "V. Fazzi" Lecce



**ASL LECCE**  
SERVIZIO SANITARIO DELLA PUGLIA

**SCIENZE CHIRURGICHE**  
**Infermieristica clinica in chirurgia**

**DGR n.1726 del 23/09/19 Riordino rete ospedaliera**  
**Livelli di competenza**  
**Il contesto chirurgico**

Anno Accademico 2019-2020

2° anno 1° semestre

**a cura di:**

**Dott. ANTONAZZO MARCELLO**

**LECCE, 22-25 OTTOBRE 2019**

# NOTIZIE SUL MODULO

**UNITA' DIDATTICA:**  
Infermieristica clinica in chirurgia

**CORSO INTEGRATO:**  
Scienze chirurgiche

**Coordinatore del Corso integrato:**  
Prof.

**Docente dell'insegnamento:**  
Prof. Marcello Antonazzo

**CFU Corso integrato:**  
n.6

**CFU insegnamento:**  
MED/45 n.3

**Anno e semestre:**  
2 anno - 1 semestre

**Equivalenti a ore di lezione frontale:**  
n.36

# NOTIZIE SUL MODULO

**Modalità d'esame:**

**Prova orale**

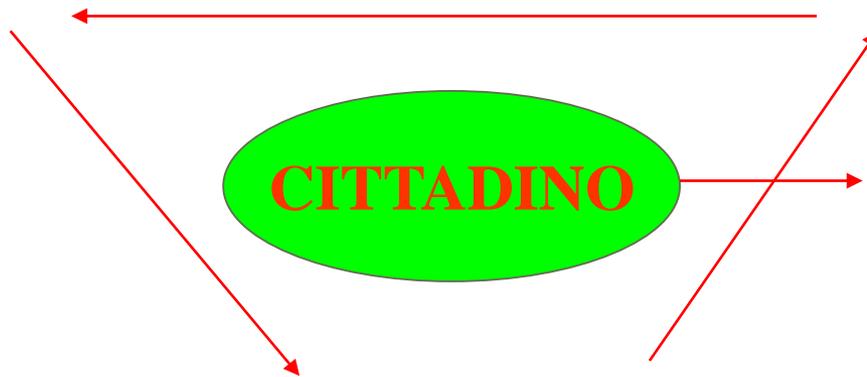
**mail: [marcelloantonazzo@libero.it](mailto:marcelloantonazzo@libero.it)**

# LE TRASFORMAZIONI DEI SERVIZI SANITARI

3 MACROSISTEMI CHE INTERAGISCONO TRA DI LORO

RIORGANIZZAZIONE  
DEL S.S.N.-SSR

NUOVE TECNOLOGIE



CITTADINO

Assistenza globale

PROFESSIONE  
INFERMIERISTICA

# D.GR. N. 1726 del 23/09/2019

---

di adottare il documento unico regionale avente ad oggetto: **“Regolamento regionale: - Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle leggi di stabilità 2016-2017”**, di cui all’Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, **abrogando i precedenti Regolamenti regionali in materia** e precisamente i RR.RR. n. 18 del 16 dicembre 2010, n. 19 del 22 dicembre 2010, n. 11 del 7 giugno 2012, n. 36 del 28 dicembre 2012 e n. 38 del 28 dicembre 2012, n. 14 del 4 giugno 2015, n. 7 del 10 marzo 2017 e n. 3 del 19 febbraio 2018;

# D.GR. N. 1726 del 23/09/2019

di riapprovare i **documenti relativi alle reti tempo – dipendenti** e precisamente **Rete trauma, Rete cardiologica e Infarto Acuto Del Miocardio (Ima), Rete Stroke**, di cui all'Allegato B, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento. Nell'Allegato B, come da espressa richiesta ministeriale, sono altresì riportati:

- a) Modello organizzativo **Rete emergenza – urgenza**. A tal proposito si precisa che la rete deve essere coerente con le disposizioni di cui al D.M. n. 70/2015;
- b) **Protocollo operativo Sistema di Trasporto Materno Assistito (STAM) e del Sistema in Emergenza del Neonato (STEN)**, già approvato con la deliberazione di Giunta regionale n. 1933/2018;
- c) **Rete Oncologica** della Regione Puglia, approvata con la deliberazione di Giunta regionale n. 221 del 23/02/2017 e ss.mm.ii., in fase di implementazione.

# D.GR. N. 1726 del 23/09/2019

---

di recepire l'Accordo Stato – Regioni del 1 agosto 2019 (Rep. Atti n. 143/CSR) avente ad oggetto: **“Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva” e “Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso”**.

# D.GR. N. 1726 del 23/09/2019. Allegato A

## Art. 2

**Classificazione delle strutture ospedaliere** 1. Coerentemente con la classificazione di cui al Capitolo 2 dell'Allegato 1 del DM 70/2015 la rete ospedaliera della Regione Puglia, in prima applicazione entro il 31/12/2017, si articola in: a. **5 Ospedali di Secondo Livello** 1) AOU Ospedali Riuniti – **Foggia**; 2) AOU Policlinico Consorziiale – **Bari** con il plesso pediatrico Ospedale Giovanni XXIII 3) Ospedale Ss.ma Annunziata - **Taranto** (ASL Taranto) con il plesso oncologico Ospedale San Giuseppe Moscati di Statte e con il plesso ospedaliero per la post acuzie di Grottaglie; 4) Ospedale Antonio Perrino – **Brindisi** (ASL Brindisi), con il plesso riabilitativo di Ceglie Messapica; 5) Ospedale Vito Fazzi – **Lecce** (ASL Lecce) con il plesso riabilitativo Ospedale Antonio Galateo di San Cesario di Lecce.

# D.GR. N. 1726 del 23/09/2019. Allegato A

**17 Ospedali di Primo Livello** 1) Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza – San Giovanni Rotondo (Ente Ecclesiastico); 2) Ospedale Teresa Masselli Mascia – San Severo (ASL Foggia); 3) Ospedale Giuseppe Tatarella – Cerignola (ASL Foggia); 4) Ospedale Mons. Raffaele Dimiccoli – Barletta (ASL BT); 5) Ospedale Lorenzo Bonomo – Andria (ASL BT), con il plesso ospedaliero per la post acuzie di Canosa; 6) Ospedale San Paolo – Bari (ASL Bari); 7) Ospedale Di Venere – Bari (ASL Bari), con il plesso ospedaliero per la post acuzie di Triggiano; 8) Ospedale della Murgia – Altamura (ASL Bari); 9) Ospedale Umberto I – Corato (ASL Bari), con il plesso ospedaliero per la post acuzie di Terlizzi; 10) CdC CBH Mater Dei Hospital – Bari; 11) Ospedale Generale Miulli – Acquaviva delle Fonti (Ente Ecclesiastico); 12) Ospedale Civile – Castellaneta (ASL Taranto); 13) Ospedale Valle d’Itria – Martina Franca (ASL Taranto); 14) Ospedale Dario Camberlingo – Francavilla Fontana (ASL Brindisi); 15) Ospedale Sacro Cuore – Gallipoli (ASL Lecce); 16) Ospedale Veris Delli Ponti – Scorrano (ASL Lecce); 17) Ospedale Card. Giovanni Panico – Tricase (Ente Ecclesiastico)

# D.GR. N. 1726 del 23/09/2019. Allegato A

---

**10 Ospedali di Base** 1) Ospedale San Camillo de' Lellis – Manfredonia (ASL Foggia); 2) Ospedale Vittorio Emanuele II – Bisceglie (ASL BT); 3) Ospedale don Tonino Bello – Molfetta (ASL Bari); 4) Ospedale San Giacomo – Monopoli (ASL Bari); 5) Ospedale Santa Maria degli Angeli – Putignano (ASL Bari); 6) Ospedale Marianna Giannuzzi – Manduria (ASL Taranto); 7) Ospedale Civile – Ostuni (ASL Brindisi); 8) Ospedale San Giuseppe – Copertino (ASL Lecce); 9) Ospedale Santa Caterina Novella – Galatina (ASL Lecce); 10) Ospedale Francesco Ferrari – Casarano (ASL Lecce)

# D.GR. N. 1726 del 23/09/2019. Allegato A

---

La rete ospedaliera suddetta trova integrazione e complemento in: a. **2 Istituti di Ricovero e Cura a carattere Scientifico pubblici** i. IRCCS Giovanni Paolo II – Bari a indirizzo oncologico ii. IRCCS Saverio de' Bellis – Castellana Grotte a indirizzo gastroenterologico b) **2 Istituti di Ricovero e Cura a carattere Scientifico privati accreditati** iii. IRCCS Fondazione Salvatore Maugeri – Cassano Murge iv. IRCCS Eugenio Medea – Brindisi

# D.GR. N. 1726 del 23/09/2019. Allegato A

**25 Case di Cura private accreditate** 1) CCRR Villa Serena e Nuova San Francesco – Foggia 2) CdC “San Michele” Gestione Daunia Medica Spa - Manfredonia 3) CdC Santa Maria Bambina – Foggia 4) CdC Professor Brodetti - Villa Igea– Foggia 5) CdC Leonardo De Luca srl - Castelnuovo della Daunia 6) CdC Congregazione Divina Provvidenza – Bisceglie 7) CdC Santa Maria s.p.a.– Bari 8) CdC Anthea Hospital – Bari 9) CdC Monte Imperatore – Noci 10) CdC Medicol Villa Lucia – Conversano 11) CdC Villa Verde – Taranto 12) CdC Bernardini srl – Taranto 13) CdC San Camillo srl – Taranto 14) Centro Medico Riabilitazione Maugeri – Ginosola 15) CdC Centro Medico Riabilitativo Villa Bianca - Martina Franca 16) CdC Arca Fondazione San Raffaele Cittadella della Carità – Taranto 17) CdC D'Amore Hospital – Taranto 18) CdC Santa Rita srl– Taranto 19) CdC Salus srl– Brindisi 20) CdC Città di Lecce Hospital – Lecce 21) CdC Prof. Petrucciani srl– Lecce 22) CdC Euroitalia – Casarano 23) CdC San Francesco – Galatina 24) CdC Villa Verde – Lecce 25) CdC Villa Bianca – Lecce

# D.GR. N. 1726 del 23/09/2019. Allegato A - art.6

## Programmazione degli investimenti ospedalieri

1. La razionalizzazione della rete ospedaliera prevede la realizzazione di **n. 5 nuovi presidi ospedalieri, in sostituzione dei presidi ospedalieri esistenti** e per completare l'offerta ospedaliera nell'area in cui sono disattivati gli altri presidi ospedalieri per effetto del presente Regolamento, come di seguito indicati: a) nuovo **Ospedale San Cataldo di Taranto**, che subentrerà all'Ospedale Ss.ma Annunziata di Taranto comportandone la riconversione, insieme allo stabilimento ospedaliero San Giuseppe Moscati di Statte ed allo stabilimento ospedaliero di Grottaglie; b) **realizzazione del nuovo Ospedale del Sud Salento, che comporterà la riconversione dell'Ospedale Veris Delli Ponti di Scorrano e dell'Ospedale Santa Caterina Novella di Galatina;** c) realizzazione del nuovo **Ospedale di Andria**, che comporterà la riconversione dell'Ospedale Lorenzo Bonomo di Andria e dell'ospedale di Corato, oltre all'Ospedale di Canosa, riconvertito con il presente provvedimento; d) realizzazione del nuovo **Ospedale di Monopoli-Fasano**, che comporterà la riconversione dell'Ospedale San Giacomo di Monopoli, oltre all'Ospedale di Fasano, riconvertito con il presente provvedimento; e) realizzazione del nuovo **Ospedale del Nord barese**, che comporterà la riconversione degli ospedali di Bisceglie e Molfetta, oltre agli Ospedali di Trani e Terlizzi, riconvertiti con il presente provvedimento;

# Ospedali di Comunità

---

## N. Posti letto

Torremaggiore 12    San Marco in Lamis 12    Montesantangelo 12  
Vico del Gargano 12    Sannicandro Garganico 20    Troia  
Accadia 18    Vieste 10    Trani 10    Minervino Murge  
20    Rutigliano 10    Bitonto 10    Ruvo di Puglia 10  
Noci 10    Grumo Appula 10    Mesagne 12    Ceglie  
Messapica 16    Fasano 20    San Pietro Vernotico 16  
Cisternino 16

**Campi Salentina 20    Nardò 15    Poggiardo 12**  
**Maglie 12    Gagliano del Capo 12**

**TOTALE 327**

# QUALI RISORSE SONO NECESSARIE AD EROGARE UNA PRESTAZIONE?

**RISORSE ECONOMICHE**



**RISORSE UMANE**



**RISORSE TECNOLOGICHE**



# LA TRASFORMAZIONE DEL QUADRO NORMATIVO

502/92

517/93

229/99

03/01

56/02

341/90

739/94

L. 01/2002

509/99

251/00

Codice Deontologico

270/04

42/99



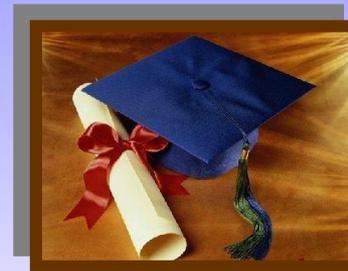
DM 2 APRILE 2001

43/06

1960-1977-1999-2009-2019

**ALCUNI INTERVENTI LEGISLATIVI RIGUARDANO LA  
PRATICA PROFESSIONALE ALTRI LA FORMAZIONE**

# EVOLUZIONE DELLA PROFESSIONE



Ieri...

## ATTO INFERMIERISTICO

Complesso di:

- attività
- responsabilità
- competenze
- saperi



# **DIVENTA DIFFICILE PROCRASTINARE IL CAMBIAMENTO**

**IMPONGONO L'AFFERMARSI DEI NUOVI MODELLI  
SANITARI E L'INNOVAZIONE TECNOLOGICA .  
AGLI INFERMIERI L'ACQUISIZIONE DI  
COMPETENZE AVANZATE, SIA NELL'AREA DEL  
MANAGEMENT E DELLA LEADERSHIP, SIA NEL  
GOVERNO DEI PROCESSI.**

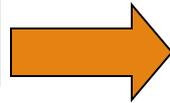
**PUNTARE A UN CONTINUO PERFEZIONAMENTO DELLE  
COMPETENZE DEGLI OPERATORI**



# “EPOCA POST-MANSIONARIO”: FARE TUTTO CIO’ CHE E’ CONTEMPLATO NELLE LEGGI (739/94 - 42/99 - 251/00 - 43/06)

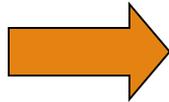
## PAROLE CHIAVE

**RESPONSABILITA’**



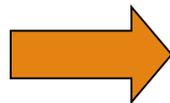
- NON SOLO DI RISPONDERE AUTORITA’
- IMPEGNO MANTENERE COMPORTAMENTO CONGRUO E CORRETTO
- ESSERE RESPONSABILI EVTARE ERRORI

**ATTIVITA’**

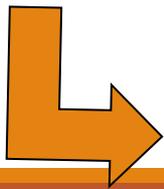


- NON COME SEMPLICE ESECUZIONE DI ATTI BENSÌ  
COME OPEROSITA’
- ASSUMERE CONDOTTA ATTIVA
- GARANTE APPLICAZIONE REGOLA DELLE “6 G”  
(Giusta registrazione)

**COMPETENZA**



- “CIO’ CHE COMPETE”
- “CIO’ CHE DI COMPETENZA”
- “CIO’ DI CUI SI E’ COMPETENTI”
- “CIO’ CHE SI HA CAPACITA’ DI FARE”



**SINONIMO**



**PERTINENZA E CAPACITA’**

# Le componenti della competenza



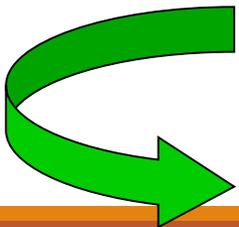
# I LIVELLI DI COMPETENZA

**LIVELLO I:** ha bisogno di training per effettuare il compito specifico

**LIVELLO II:** ha bisogno di supervisione per effettuare il compito specifico

**LIVELLO III:** è competente per effettuare il compito specifico senza supervisione

**LIVELLO IV:** è competente per formare altri ad effettuare il compito specifico

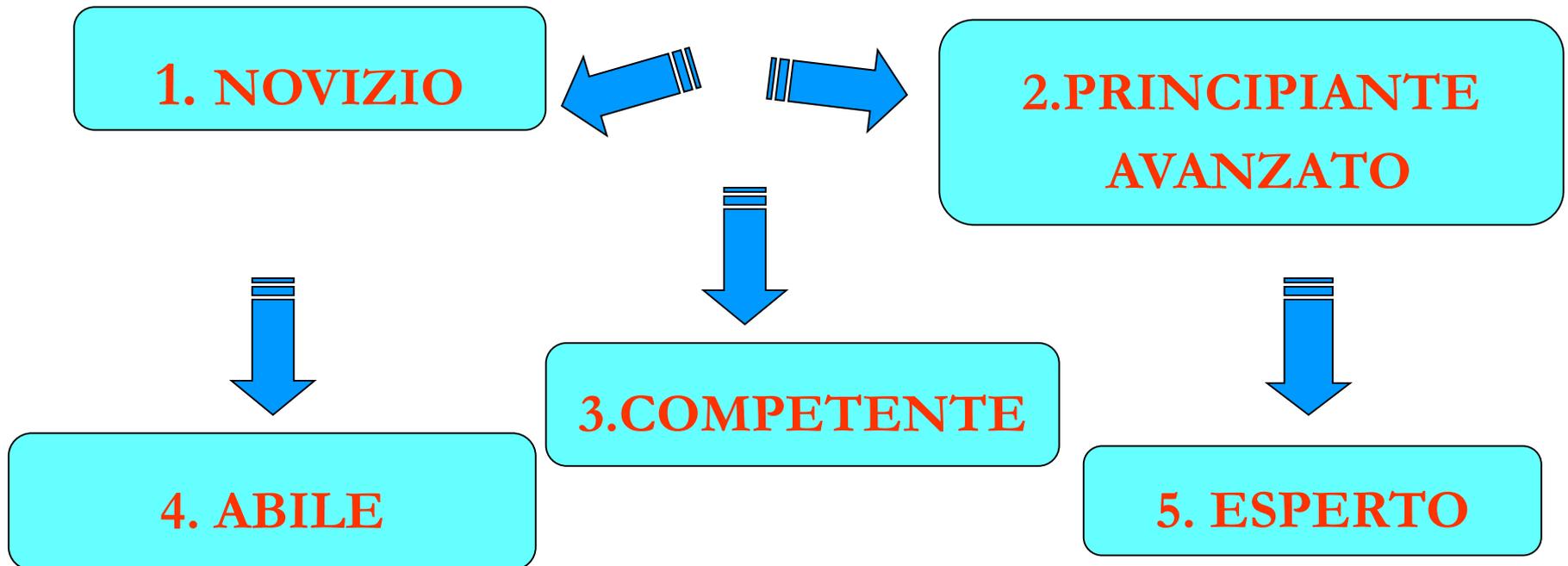


**IN RELAZIONE AL LIVELLO DI  
COMPLESSITA' DELLA PROCEDURA**

# LIVELLI DI COMPETENZA

Secondo uno studio condotto da Patricia Benner (1984)

esistono 5 stadi di competenza infermieristica:



Marcello Antonazzo

Modello di Hubert L. e Stuart E. Dreyfus 1980,1981

# LA COMPETENZA

SI SVILUPPA CON UN **TRAINING FORMATIVO**  
ADEGUATAMENTE STRUTTURATO:

**Frequentando**

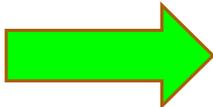
**corsi accreditati** (ECM triennio 2017-2019/CoGeAPs)

**Sotto la guida di professionisti  
di riconosciuta competenza**



**In base alle indicazioni delle  
Società Scientifiche (L.n.24/17) di riferimento**

# COMPETENZE SPECIFICHE

PER GESTIRE AL MEGLIO LA   
TECNOLOGIA E' FONDAMENTALE  
AVERE UN **PIANO DI FORMAZIONE E  
INSERIMENTO** IN BASE ALLA  
COMPLESSITA' DEGLI INTERVENTI,  
ALLA DISCIPLINA CHIRURGICA E  
ALLA LOGISTICA DELLA SALA  
OPERATORIA 

# USO CORRETTO DELLA TECNOLOGIA (1)

- **PIANI OPERATORI E RELATIVI ACCESSORI E SUPPORTI**
- **ELETTROBISTURI** (monopolari, bipolari)
- **ASPIRATORE CHIRURGICO**
- **LAMPADINE SCIALITICHE** (led)
- **VENTILATORE AUTOMATICO**
- **ELETTROCARDIOGRAFICO**
- **DEFIBRILLATORE**
- **GLUCOMETRO**
- **EMOGASOMETRO**
- **POMPE SIRINGHE**

# USO CORRETTO DELLA TECNOLOGIA (2)

- **COLONNE VIDEOLAPAROSCOPICHE**
- **APPARECCHIATURE PER SCALDAINFUSIONI**
- **DISPOSITIVI PER IL MANTENIMENTO DELLA TEMPERATURA CORPOREA**
- **SUPPORTI INFORMATICI**
- **LAVASTRUMENTI**
- **TECNOLOGIA PER L'ACQUISIZIONE DELLE IMMAGINI (VIDEOREGISTRATORI, COMPUTER, VIDEOSTAMPANTI)**
- **MICROSCOPI**
- **AUTOCLAVI E SOFTWARE CENTRALE DI STERILIZZAZIONE**

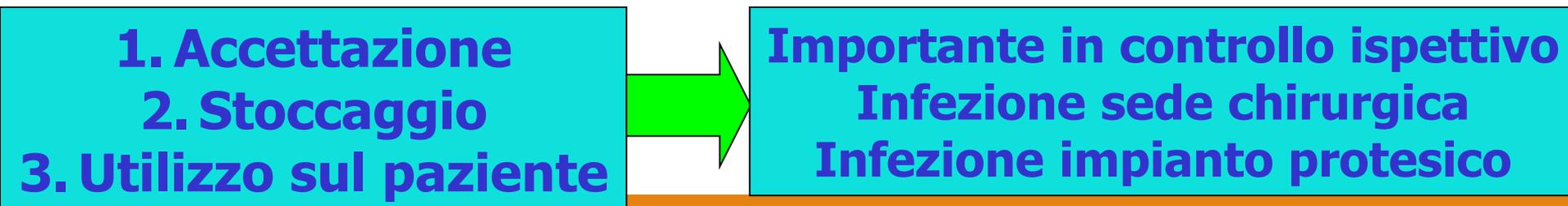
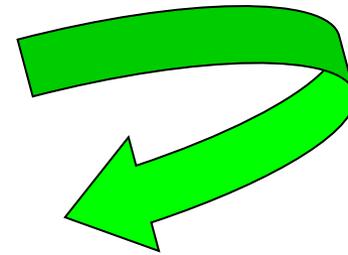


# USO CORRETTO DELLA TECNOLOGIA (3)

Software che registrano files permanenti su: autoclavi, sterrad, steris....

Etichetta con data, iniziali dell'operatore, ciclo, scadenza  
**(lettore ottico). Garantire la tracciabilità**

“Chiusura del cerchio” registrare e codificare tutte le fasi del processo



# FONDAMENTALE E' LA FORMAZIONE

---

**La formazione è la condizione essenziale per  
la competitività e l'innovazione**

**(aspetto certificativo) COGEAPS**

**Personale perfettamente formato, preparato  
e specializzato con tecnologia all'avanguardia**

**(binomio tecnologia-formazione)**

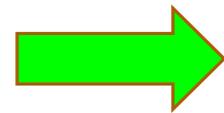
# Perché ciò avvenga è necessario...

**TRASFORMARE L'ORGANIZZAZIONE, I MANAGERS SI FACCIANO PROMOTORI DI TALE CAMBIAMENTO CULTURALE E ORGANIZZATIVO E CHE QUINDI SIANO I PRIMI AD ESSERE CONSAPEVOLI DEL MUTAMENTO, IMPARANDO A GESTIRLO CON LA MASSIMA TEMPESTIVITA' PIUTTOSTO CHE A COMBATTERLO TRINCERANDOSI DIETRO SCHEMI ORGANIZZATIVI OBSOLETI**

# NE CONSEGUE CHE....

---

**...si deve diffondere una  
cultura volta  
alla responsabilità e  
all'orientamento  
ai risultati**



---

**IL PASSAGGIO FRA IL VECCHIO  
METODO DI LAVORO E LA  
GESTIONE IN MANIERA CORRETTA  
DELLA NUOVA TECNOLOGIA  
RICHIEDE UN GROSSO  
CAMBIAMENTO DEL NOSTRO  
MODUS OPERANDI...**

# Come decidiamo la nostre linee assistenziali ?

---

- In base alle **EBN** -EBM
- In base all'esperienza
- In relazione ai diritti e ai desideri del paziente

# EBN

---

- La **pratica assistenziale basata su interventi di provata efficacia** (controllo delle infezioni, gestione del dolore, pianificazione delle dimissioni)
- **Standard assistenziali sviluppati da organismi riconosciuti:** CDC (Centers for Disease Control); AHRQ (Agency for Health Care and Quality)

# Il nursing perioperatorio

---

- Viene definito come l'insieme delle attività assistenziali praticate dall'infermiere al paziente sottoposto ad intervento chirurgico, nelle fasi:
  - **Preoperatoria**
  - **Intraoperatoria**
  - **Postoperatoria**

# Cambia la politica sanitaria

Peso crescente delle classi anziane

---

Diminuzione della mortalità grazie alle nuove terapie

Aumento delle malattie croniche gravi non suscettibili di trattamenti risolutivi

**Riduzione della durata delle degenze ospedaliere:  
day-hospital, day-surgery, day service**

Disponibilità di nuove tecnologie di comunicazione e interscambio dati clinici

**Necessità di contenere la spesa sanitaria**

# Trend attuali

---

## **Revisione del ruolo dell'ospedale**

Aggregazione degli ospedali in “poli” ad alta tecnologia

**Percorsi a intensità di cura** differenziata (**DEA II livello Lecce**)

Partecipazione dell'ospedale alla ricerca sulla cura della cronicità

**Sviluppo di reti** di servizi sul territorio

Ruolo enti locali (integrazione socio-assistenziale)

# Il sistema dei servizi

**Non esiste competizione tra ospedale e territorio ma *l'obiettivo è comune***: rispondere alla domanda di salute e di cura della persona

In ambito sanitario ogni soggetto fornisce specifiche prestazioni in una **prospettiva di sistema**, in collegamento e collaborazione con gli altri erogatori

Occorre un rinnovato **sistema integrato per soddisfare le aspettative attuali** di prevenzione, diagnosi, terapia, riabilitazione, assistenza

**L'ospedale** non ha solo un ruolo di erogazione in proprio di prestazioni, ma anche **funzione di supporto di altri servizi**

# Continuum del ciclo di cura



Ospedali



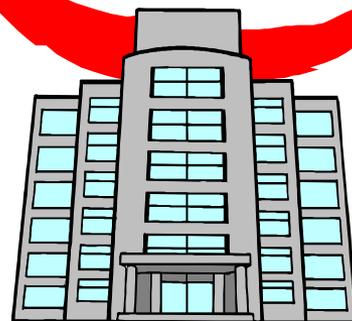
Assistenza  
domiciliare



Specialisti sul  
territorio



DH e  
poliambulatori



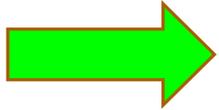
Centri polifunzionali



MMG

# Il contesto chirurgico

---

- Il paziente chirurgico non è più necessariamente ricoverato **(DAY SERVICE)** 
- La fase preoperatoria è sempre più **extraospedaliera**, realizzata ambulatoriamente per ridurre la degenza ed i relativi costi **(UFFICIO PRERICOVERI)**
- La durata di degenza è limitata **(degenza media)**

# Day service

Nell'ambito del nuovo modello organizzativo per l'erogazione dell'attività specialistica ambulatoriale definito day service, approvato con L.R. 19 settembre 2008, n.23 “Piano della Salute 2008-2010” e definito con D.G.R. n.35 del 27.01.2009 e s.m.i., le due differenti tipologie di day service: o **Prestazioni di Chirurgia Ambulatoriale (PCCA)**, o **Pacchetti Ambulatoriali Complessi e Coordinati del day service (PACC)**

# Parte il Day Service Chirurgico a Gagliano del Capo

Nella sala operatoria tornano gli interventi chirurgici e per il vecchio ospedale di Gagliano del Capo è come rinascere. **Si è cominciato oggi 9 aprile.** Il paziente arriva, viene preparato, attende nella pre-sala e poi entra nella sala operatoria dove l'aspetta l'équipe chirurgica: tutto in un paio d'ore, compreso il rientro a casa. E' il coronamento di un lungo percorso culminato con la **delibera n° 67 del 19 marzo 2019,** con cui il Servizio Accreditamenti e Qualità della Regione Puglia ha autorizzato **l'esercizio e l'accreditamento istituzionale** del Day Service Chirurgico nella Sala Operatoria nel **PTA** - Presidio Territoriale di Assistenza di Gagliano del Capo.

**Una rete che integra ospedale e territorio** in modo sinergico, implementando le diverse professionalità ospedaliere e territoriali che si ritrovano ad **interagire intorno al paziente.**

# Day Service Chirurgico a Gagliano del Capo



# Day Service Chirurgico a Gagliano del Capo



# PRE-RICOVERO

**Il giorno dedicato al pre-ricovero consiste nel:**

---

- **compilare la cartella clinica** presso la segreteria del pre-ricovero;
- **eseguire analisi e indagini cliniche** necessarie per stabilire l'idoneità all'intervento chirurgico in Day surgery;
- eseguire la **visita con il medico anestesista** per la valutazione delle condizioni generali e per concordare il tipo di anestesia più adatto all'intervento in programma;
- **ricevere spiegazioni sulla preparazione all'intervento;**
- **firmare il modulo del consenso informato** avuto e compreso tutti i necessari chiarimenti. È necessaria la firma di entrambi i genitori per i minori.

I risultati degli esami effettuati durante il pre-ricovero possono essere consegnati solo richiedendo copia della cartella clinica.

**IMPORTANTE: il giorno del pre-ricovero è necessario portare con sé tutta la documentazione clinica precedente.**

In questa occasione sarà comunicata una data indicativa dell'intervento che verrà confermata successivamente, il giorno precedente la data, con l'orario di convocazione.

# PRE-RICOVERO



# Il contesto chirurgico

---

- La possibilità di basarsi su **percorsi clinici assistenziali** standardizzati da adattare ai singoli pazienti
- La necessità di **continuità assistenziale** sia nella fase di preparazione che di dimissione a domicilio o protetta
- L'esigenza di una **collaborazione multidisciplinare**
- La necessità, con le **dimissioni precoci**, di interventi educativi rivolti al paziente e alla famiglia per **gestire a domicilio** eventuali problemi o complicanze

# L'evoluzione della chirurgia

---

- **Scoperta dell'anestesia nel 1840**
- **Alla fine dell'800, il lavaggio delle mani** e lo sviluppo delle teorie batteriche di Pasteur, ha innescato lo studio dell'asepsi
- **Nel 1956** viene fondata l'associazione degli infermieri di sala operatoria **(AORN)** che ha sviluppato standard di pratica infermieristica
- **Nel 1988** viene fondata l'associazione degli infermieri di camera operatoria **(AICO)** – **Master di I livello Strumentista di sala operatoria**

# L'evoluzione della chirurgia

---

- Con l'introduzione della **videolaparoscopia** e successivamente della **robotica**, che permette di eseguire alcuni interventi minori (biopsie, colecistectomie) attraverso piccole incisioni, ha ridotto i tempi di ricovero e di convalescenza.
- **L'approccio mininvasivo** permette una **riduzione del dolore** e delle **complicanze** postoperatorie con maggiore soddisfazione da parte del paziente.

---

**GRAZIE PER L'ATTENZIONE**

**marcelloantonazzo@libero.it**