



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

Assistenza al paziente nel perioperatorio

Anno Accademico 2019-2020
2° anno 1° semestre


a cura di:

Dott. ANTONAZZO MARCELLO

LECCE, 20 NOVEMBRE 2019

La preparazione del paziente all'intervento

La preparazione del paziente all'intervento

-
- **Accertamento di base** 
 - Valutazione della terapia farmacologica domiciliare
 - Igiene
 - **Tricotomia**
 - Digiuno
 - **Preparazione intestinale**
 - Prevenzione TVP
 - Profilassi antibiotica
 - Consenso all'intervento
 - Informazione perioperatoria
 - Preparazione psicologica del paziente e persone significative
 - Richiesta di emocomponenti
 - Preparazione della documentazione clinica

Accertamento di base

- Il **paziente che viene accolto nell'unità operativa di chirurgia** viene sottoposto all'accertamento di base da parte del **medico, dell'infermiere e dell'anestesista** con un **approccio multidisciplinare**

Nella cartella infermieristica vengono registrati:

- i dati anagrafici
- il motivo del ricovero
- l'anamnesi patologica remota (patologie concomitanti e pregresse)
- la valutazione dei modelli funzionali (alimentazione, eliminazione, attività/esercizio, sonno, percezione della salute, autostima, ...)
- i parametri vitali di base (per un confronto nel postoperatorio)
- fattori di rischio che possono incidere durante la degenza postoperatoria

Accertamento di base

- **L'esame obiettivo:**
- altezza e peso corporeo (BMI)
- colorito e turgore della cute (secchezza o presenza di edemi)
- tipo di respirazione
- postura, deambulazione e mobilità degli arti
- livello di orientamento, vigilanza ed umore del paziente, memoria nel ricordare gli eventi

Valutazione della terapia farmacologica domiciliare-1

- **La terapia domiciliare ed eventuali allergie:**
- Antipertensivi, antiaritmici, antianginosi, digitalici, broncodilatatori, antiepilettici, antiparkinson: si continua l'assunzione, fino al giorno precedente l'intervento; **l'anestesista** darà indicazioni rispetto all'eventuale somministrazione il giorno dell'intervento
- **Anticoagulanti** : gli anticoagulanti orali (Warfarin) ed antiaggreganti (acidoacetilsalicilico) devono essere **sospesi almeno 3 giorni prima dell'intervento**

Valutazione della terapia farmacologica domiciliare-2

- **Antidiabetici:** vanno sospesi dal momento del digiuno, va controllata la glicemia, ed un'eventuale iperglicemia va corretta con insulina pronta
- **Diuretici:** si consulta il medico responsabile sull'opportunità di somministrarli (rischio di disidratazione, deplezione elettrolitica ed ipotensione in relazione anche alla preparazione intestinale)
- **Pace maker:** può essere disincronizzato dal bisturi elettrico (consulenza cardiologica)
- **Pillola contraccettiva:** sospendere l'assunzione 4 settimane prima dell'intervento (rischio di TVP)

Valutazione della terapia farmacologica domiciliare-3

- **Corticosteroidi:** riducono la capacità dell'organismo di resistere allo stress, se utilizzati per un lungo periodo determinano immunosoppressione
- **FANS:** inibiscono l'aggregazione piastrinica e possono prolungare il tempo di coagulazione. Devono essere sospesi per tempo per consentire il ripristino delle piastrine (1-3 giorni)

MISURE PRE OPERATORIE

NON utilizzare la **preparazione meccanica dell' intestino** da sola (senza la somministrazione di antibiotico orale) in pazienti adulti sottoposti a chirurgia elettiva colon-rettale : **raccomandazione forte**



Garantire che i pazienti noti per **secrezioni nasali** di S. Aureus sottoposti a chirurgia **cardiotoracica e ortopedica** ricevano applicazioni perioperatorie intranasali di Mupirocin 2% pomata in combinazione o meno con bagno con Clorexidina Gluconato – **Raccomandazione forte**

NON eseguire la **tricotomia** in pazienti sottoposti a qualsiasi tipo di procedura chirurgica o, se assolutamente necessario, devono essere rimossi con un clipper/tricotomo. La rasatura è fortemente in ogni momento sia nel pre-operatorio che in sala operatoria scoraggiata: **raccomandazione forte**



Concetto SLOW Medicine AICO

MISURE PRE OPERATORIE

Somministrare la profilassi antibiotica entro i 30-60 minuti precedenti l'incisione tenendo in considerazione l'emivita dell'antibiotico
Raccomandazione Forte



Effettuare la preparazione delle mani per la chirurgia con il lavaggio chirurgico con sapone antisettico che usando il frizionamento con soluzione alcolica apposta prima di indossare i guanti sterili; **Raccomandazione Forte**




Utilizzare soluzioni antisettiche a base alcolica di clorexidina gluconato per la preparazione della cute del sito chirurgico in pazienti sottoposti a procedure chirurgiche; **Raccomandazione Forte**



World Health
Organization

Misure legate alla riduzione del rischio di infezione dell'incisione chirurgica

- La doccia preoperatoria 
- La tricotomia
- La profilassi antibiotica

La doccia preoperatoria

- Esigere che i pazienti facciano la **doccia o il bagno** utilizzando un **agente antisettico a base di clorexidina gluconato**, almeno **la sera prima dell'intervento**, per ridurre la carica microbica della cute
- Comunque, anche se la **doccia preoperatoria** con antisettico riduce la conta delle colonie microbiche, ciò non è stato definitivamente associato ad una riduzione dei tassi di **infezioni del sito chirurgico (SSI)**



MISURE PRE OPERATORIE

Bagno pre-operatorio

Effettuare il bagno o la doccia prima dell'intervento chirurgico è una buona pratica clinica. Il panel suggerisce che, a tale scopo, venga utilizzato sia sapone semplice che sapone antimicrobico -



Raccomandazione condizionale

Il **panel** decide di **NON** formulare raccomandazioni sull'uso di manopole / spugne impregnate di Clorexidina Gluconato allo scopo di ridurre le SSI a causa di evidenze limitate e di qualità molto bassa –

Nessuna raccomandazione



World Health
Organization

La tricotomia

- La rasatura preoperatoria del sito chirurgico, la sera prima dell'intervento, è associata ad un rischio di infezioni del sito chirurgico significativamente maggiore se confrontata con l'impiego di agenti depilatori o con la rinuncia della tricotomia
- **Non praticare la tricotomia nel preoperatorio, a meno che i peli in corrispondenza o attorno al sito chirurgico interferiscano con l'intervento**
- Se si effettua la tricotomia, praticarla immediatamente prima dell'intervento, preferibilmente con un rasoio elettrico

La profilassi antibiotica

- Somministrare una **profilassi antibiotica** solo quando indicato (interventi addominali, **intervento di durata > 2 ore**, una ferita chirurgica classificata come contaminata o infetta)
- Selezionare i tipi di antibiotici in base alla loro efficacia contro i patogeni più comunemente causa di infezioni del sito chirurgico, per lo specifico intervento
- **Somministrare la dose iniziale di antibiotico per via venosa, in modo tale che ci sia una concentrazione battericida nel siero e nei tessuti del paziente nel momento in cui viene eseguita l'incisione.** Mantenere nel siero e nei tessuti, concentrazioni terapeutiche del farmaco durante tutto l'intervento ed al massimo poche ore dopo che la ferita è stata chiusa in sala operatoria
- Somministrare per via orale antimicrobici non assorbibili, in dosi frazionate, durante il giorno prima dell'intervento
- I pazienti che presentano un'infezione localizzata alla zona dell'intervento continuano la terapia antibiotica in atto

Digiuno

- **Il significato del digiuno è legato ai rischi di polmonite ab ingestis** che si può verificare durante l'anestesia, in seguito al rilassamento degli sfinteri e alla posizione sul lettino operatorio.
- **Il digiuno prolungato determina comunque una produzione di succo gastrico (50 ml/h) e diminuisce il PH**
- In base a studi randomizzati, la società degli anestesisti canadesi ha prodotto delle linee guida in cui si specifica che **“nei pazienti sani sottoposti ad anestesia generale, un digiuno da liquidi superiore alle 3 ore è una pratica non necessaria”**
- Si può consumare un pasto leggero (liquidi e fette biscottate) fino a 6 ore prima dell'intervento
- A giudizio dell'anestesista, possono essere necessarie delle integrazioni di liquidi e/o elettroliti poco prima dell'intervento

Preparazione intestinale

- L'efficacia di un enteroclisma dipende dal VOLUME (la distensione delle anse stimola la propulsione) dalla TONICITA' della soluzione (richiama liquido nel colon per osmosi) e per la presenza di sostanze IRRITANTI per la mucosa intestinale (stimola la contrazione)
- Il retto di un adulto contiene generalmente **400 ml, quantità superiori raggiungono il sigma ed il colon**
- **Gli enteroclistmi con acqua e sapone sono più efficaci** di quelli con acqua di rubinetto in quanto con l'acqua di rubinetto viene trattenuta una maggiore quantità di liquido nel colon, quindi riassorbita con il rischio di sovraccarico di liquidi, da rivedere le indicazioni sul consiglio di trattenere il liquido il più a lungo possibile

Preparazione intestinale

- La preparazione intestinale va **sicuramente eseguita per i pazienti che vengono operati sul tubo digerente** e per quelli per cui si prevede un lungo periodo di immobilità
- Tale preparazione su indicazione del chirurgo può prevedere, **il giorno precedente all'intervento**, l'applicazione di enteroclisma, la **somministrazione orale di sostanze osmotiche diluite in acqua (Selg Esse), lassativi**
- Per tutti gli altri pazienti devono essere valutati l'utilizzo pesante di farmaci durante l'anestesia (barbiturici, morfiniti) e le abitudini intestinali del paziente
- Sono disponibili in commercio i **clisteri preconfezionati**, di volume ridotto

Prevenzione TVP

- Ha lo scopo di **favorire il ritorno venoso dagli arti inferiori e ridurre la stasi venosa** che potrebbe determinare la formazione di trombosi
- **Utilizzo di calze a compressione graduata o bendaggio elastico** sugli arti inferiori per pazienti a medio-alto rischio che non abbiano controindicazioni specifiche (edema, ischemia, chirurgia vascolare a carico degli arti inferiori); non vi sono evidenze se sia preferibile bendare tutto l'arto o solo la gamba
- **Profilassi preoperatoria con eparina a basso peso molecolare**, sottocute, dosaggio in base al peso del paziente ed al rischio definito (controindicata per pazienti con insuff. epatica severa, diatesi emorragica, ulcera peptica attiva, ipertensione arteriosa grave,ipersensibilità al farmaco)

Il consenso informato

- **Significato del consenso informato:** un documento scritto ?
- Quali procedure sono sottoposte al consenso?
- Solo il chirurgo è tenuto al consenso?
- Il diritto del paziente all'informazione: deve essere chiara comprensibile ed essenziale; un atto di volontà del paziente

L'informazione perioperatoria

- **Un diritto dell'utente**
- L'informazione sanitaria preoperatoria riduce l'ansia, il distress, migliora la compliance e la soddisfazione
- Meno evidenti anche se positivi i risultati su altri esiti: dolore, benessere, conoscenze, lunghezza della degenza
- **Informare su:** il percorso clinico, la preparazione preoperatoria, a cosa andrà incontro con l'intervento, quello che proveranno (**sete, dolore, nausea, rumori, sensazioni**), come potrà collaborare per prevenire le complicanze postoperatorie (mobilizzazione precoce, esercizi respiratori)
- L'informazione dovrebbe essere strutturata e durare anche 30 minuti, **informare singolarmente** e non in gruppo.
- Chi deve informare? dove e quando?

Preparazione psicologica

Ansia elevata

- Paura dell'ignoto/di morire (legato all'anestesia)
- **Senso di impotenza** (legato alla paura di diventare dipendenti dagli altri o di perdere funzioni fisiche o mentali)
- **Deficit di conoscenze** (rispetto al prima ed al dopo intervento)
- **Disturbi dell'autostima** (incapacità di adattarsi allo stress chirurgico, senso di inadeguatezza)
- **Disturbo dell'immagine corporea** (per la rimozione di una parte del corpo, deturpazione)
- **Isolamento**

Preparazione psicologica

Interventi:

- Rivolgersi ai **pazienti chiamandoli per nome** ed ascoltare le loro richieste e le preoccupazioni
- Permettere ai pazienti di esprimere le loro preoccupazioni e spiegare che è normale avere paura
- **I pazienti vogliono sapere che l'infermiere è realmente presente** per loro sia da un punto di vista fisico che di supporto emotivo
- Fornire informazioni chiare e dettagliate rispetto a cosa deve aspettarsi il paziente prima e dopo l'intervento
- Coinvolgere attivamente i familiari o altre persone significative, **(caregiver)** se il paziente lo desidera, nel processo di informazione e nel sostegno psicologico
- Rispettare la cultura e le abitudini del paziente

Richiesta di emocomponenti

- In relazione all'intervento, **il chirurgo potrà decidere di richiedere unità di emocomponenti** da trasfondere per eventuali complicanze emorragiche intraoperatorie:
- eritrociti concentrati
- plasma
- piastrine

Il consenso informato alla trasfusione

Richiesta emotrasfusionale

La richiesta di gruppo sanguigno:

- Il sistema antigenico ABO Rh (gruppo O donatore universale)
- L'esecuzione del prelievo (riconoscimento attivo del paziente)

La richiesta di prova crociata:

- Il concetto di compatibilità degli emocomponenti
- La responsabilità nel prelievo (distinta dal gruppo in termini temporali e di operatori); la firma dell'esecutore; il prelievo da una vena pulita (non con infusione)

L'emotrasfusione

L'atto della trasfusione:

- Interpretare i dati di laboratorio
- **Il trasporto degli emocomponenti** (mantenimento della temperatura)
- L'identificazione attiva del paziente e delle unità da parte del medico e infermiere
- Le responsabilità del medico nell'infusione
- La scelta del sito di infusione, la velocità (150-200 ml/h GR e plasma), le interazioni con altre infusioni
- **Il monitoraggio** nei primi 15 minuti: rush cutaneo in zona inguinale ed ascellare, brivido, ipertermia, nausea e vomito, segni di shock

Preanestesia

- Può essere richiesta la somministrazione di **farmaci preanestetici** poco prima dell'ingresso in sala operatoria:
- **Diazepam** : sedativo, ha lo scopo di ridurre l'ansia; può causare vertigini e confusione mentale
- **Atropina**: anticolinergico, viene utilizzato per la riduzione delle secrezioni bronchiali; può dare tachicardia, non deve essere somministrato a pazienti con glaucoma (ipertensione endoculare)

Il giorno dell'intervento

- L'infermiere e l'OSS completano alcune procedure standard:
- Far indossare al paziente un **camice pulito** fornito dal servizio
- Far eseguire la pulizia del **cavo orale**
- Far **svuotare la vescica**
- Far **togliere al paziente tutti i monili** (forcine, collane, anelli), le protesi (dentarie, auditive, occhiali, lenti a contatto) e consegnarle ai familiari
- Rimuovere il **trucco e lo smalto per le unghie**

La fase intraoperatoria

SICUREZZA

Paziente

Errata
identificazione/procedura/sito

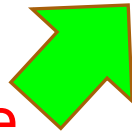
Lesioni da posizionamento

Lesioni termo/elettriche

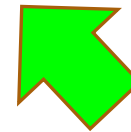
Infezioni

Ritenzione garze

Ambiente



- ◆ Corretto utilizzo
- ◆ Adeguata manutenzione
- ◆ Tracciabilità presidi



Personale

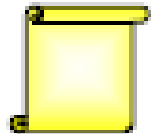
- ◆ Formazione
- ◆ Integrazione multidisciplinare
- ◆ Meccanismi di

DOCUMENTAZIONE

Regolamento



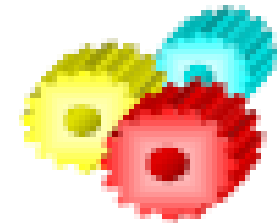
Linea Guida



Protocollo



Procedura



Ci faremo guidare.....

Obiettivo 1	Operare il paziente corretto ed il sito corretto
Obiettivo 2	Prevenire la ritenzione di materiale estraneo nel sito chirurgico
Obiettivo 3	Identificare in modo corretto i campioni chirurgici
Obiettivo 4	Preparare e posizionare in modo corretto il paziente
Obiettivo 5	Prevenire i danni da anestesia garantendo le funzioni vitali
Obiettivo 6	Gestire le vie aeree e la funzione respiratoria
Obiettivo 7	Controllare e gestire il rischio emorragico
Obiettivo 8	Prevenire le reazioni allergiche e gli eventi avversi della terapia
Obiettivo 9	Gestire in modo corretto il risveglio ed il controllo postoperatorio
Obiettivo 10	Prevenire il tromboembolismo postoperatorio
Obiettivo 11	Prevenire le infezioni del sito chirurgico
Obiettivo 12	Promuovere un'efficace comunicazione in sala operatoria
Obiettivo 13	Gestire in modo corretto il programma operatorio
Obiettivo 14	Garantire la corretta redazione del registro operatorio
Obiettivo 15	Garantire una corretta documentazione anestesiologicala
Obiettivo 16	Attivare sistemi di valutazione dell'attività in sala operatoria

L'errata identificazione dei pazienti o del sito chirurgico è un evento avverso poco frequente, ma quando si verifica può provocare gravi conseguenze al paziente e **compromettere seriamente la fiducia dei cittadini** nei confronti dei professionisti e dell'intero sistema sanitario.

Obiettivo 2

Prevenire la ritenzione di materiale estraneo nel sito chirurgico

La ritenzione di materiale estraneo all'interno del sito chirurgico può causare gravi danni ai pazienti, quali infezioni, reintervento chirurgico, perforazione intestinale, fistola o ostruzione e morte.

(Dotarsi di procedura per l'effettuazione corretta del conteggio)

Il conteggio dovrebbe essere effettuato nelle seguenti fasi :

- 1.** prima di iniziare l'intervento chirurgico (**conta iniziale**)
- 2. durante l'intervento chirurgico**, prima di chiudere una cavità all'interno di un'altra cavità
- 3. prima di chiudere la ferita**
- 4.** alla chiusura della cute o al **termine della procedura.**

Obiettivo 3

Identificare in modo corretto i
campioni chirurgici

La non corretta identificazione dei campioni chirurgici può causare gravi conseguenze ai pazienti e la prevenzione di tali errori è fondamentale per la sicurezza dei pazienti.

Fase intraoperatoria

- **L'infermiere di unità operativa** verifica la completezza della documentazione clinica e la preparazione del paziente e lo accompagna in sala operatoria
- **L'infermiere di sala accoglie il paziente**, verifica l'identità, raccoglie le informazioni dell'infermiere di reparto sugli accadimenti delle ultime ore (rialzo termico, esami ematochimici alterati, insorgenza di segni o sintomi significativi) e rivede la documentazione clinica

Il ruolo dell'infermiere in sala operatoria


L'infermiere di sala (pulito):

- Accertamento preoperatorio
- Preparazione preoperatoria
- Sorveglianza intraoperatoria
- Continuità assistenziale nel postoperatorio

L'infermiere strumentista (sterile):

- Affianca il chirurgo durante tutto l'intervento
- E' responsabile dell'asepsi del campo operatorio
- Prepara e dispone tutto il materiale necessario all'intervento
- Collabora alla preparazione del campo chirurgico
- Passa gli strumenti chirurgici ed altro materiale al chirurgo

Fase intraoperatoria

- Supporto psicologico al paziente
- **Posizioni sul letto operatorio** 
- Tipo di anestesia
- Monitoraggio intensivo
- Codici comportamentali per la prevenzioni delle infezioni
- Passaggio di informazioni tra equipe

Posizioni del paziente sul lettino operatorio

- L'infermiere verifica con il paziente il tipo di intervento chirurgico ed il sito dove si deve eseguire l'intervento prima di iniziare l'anestesia; la scelta della posizione è indicata dall'approccio chirurgico:
- **Posizione supina** (interventi all'addome)
- **Posizione laterale** (interventi al torace, loggia renale)
- **Posizione prona** (interventi sulla colonna)
- **Posizione litotomica** (interventi perianali)

Obiettivi dell'infermiere

- **Il posizionamento sul lettino**, in relazione al tempo in cui il paziente viene lasciato nella stessa posizione, deve rispondere ai criteri di :
 - Garantire un facile accesso al sito chirurgico, ma anche favorire una adeguata funzione cardiocircolatoria
 - **Mantenere l'integrità cutanea**
 - **Evitare ustioni** (da elettrobisturi)
 - **Evitare compressione di nervi**
 - **Prevenire o ridurre lesioni articolari e stiramenti muscolo scheletrici**

POSIZIONE PAZIENTE



Steep Trendelenburg Position ($>20^\circ$)

Supporto psicologico

- Il **paziente**, nel momento dell'ingresso in sala, generalmente **appare impaurito e disorientato**
- Compito di chi lo accoglie è quello di fargli sentire che ci si sta occupando di lui, descrive tutte le procedure che si stanno per fare, con tono della voce basso e tranquillo , risponde alle domande e ai dubbi

L'INTERVENTO CHIRURGICO

EVENTO STRESSANTE PER LA PERSONA

DAL PUNTO DI VISTA
ORGANICO

DAL PUNTO DI VISTA
PSICOLOGICO

- **DUBBI** PAZIENTE SUL RITORNO AUTONOMIA
- **TIMORI** SU PROCEDURE ANESTESIOLOGICHE E CHIRURGICHE COME PERICOLOSE PER LA PERSONALE INCOLUMITA'

E' IN QUESTA SITUAZIONE STRESSANTE CHE EMERGE
LA **NECESSITA' COMUNICATIVA**

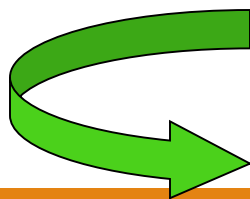
SU COSA I PAZIENTI VANNO INFORMATI

- **PROCEDURE**
- **PREPARAZIONE PREOPERATORIA**
- **PREANESTESIA**
- **COSA SARA' FATTO IN SALA OPERATORIA**
- **SU QUELLO CHE PROVERANNO (SETE, DOLORE, RUMORI, ODORI)**
- **SOSTEGNO PSICOLOGICO (PAURE, TIMORI)**

PZ. TRANQUILLO

PZ. ANSIOSO

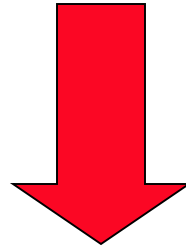
PROCEDURE + SOSTEGNO PSICOLOGICO



METODO PIU' EFFICACE

I METODI UTILIZZATI PER INFORMARE

SEMPLICE COLLOQUIO
IMPIEGO DI MODULI SCRITTI



MIGLIORE MODO E' IL COLLOQUIO
INFORMARE SINGOLARMENTE E NON IN GRUPPO

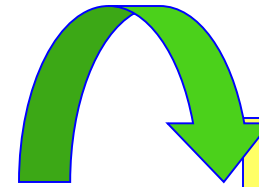
LA FIGURA PIU' IDONEA A TALE COMPITO
SECONDO I VARI AUTORI E' L'INFERMIERE

L'INFORMAZIONE DOVREBBE ESSERE STRUTTURATA
E DURARE ALMENO 30 MINUTI

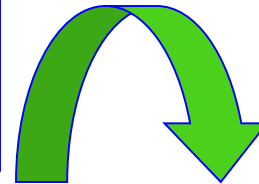
LA FASE DI ACCETTAZIONE

PREPARAZIONE FISICA

**L'Infermiere controlla:
Digiuno, tricotomia, clistere evacuativo
protesi e oggetti metallici.
CONDIZIONI CUTE**



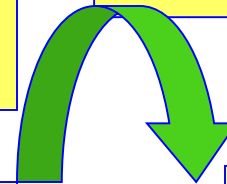
**Procede alla
vestizione**



**Riduce farmaci anestesia
prima e dopo intervento
di 1/3**

PREPARAZIONE PSICOLOGICA

**Inizia nella fase di pre-accettazione
Alcuni studi Langer et al. 75 e
Ridgeway & Mathews 82**



**Riduzione ansia
pre-operatoria**

QUALITA' DELL'ATMOSFERA

**Diffusione di musica classica
Alcuni studi Winter et al. 94**

LA FASE DI ACCETTAZIONE

CONSTA DI 3 GRUPPI DI PROCEDURE

1. ESPLETAMENTO PROCEDURE BUROCRATICHE:

- ✓ **Registrazione dati oggettivi e soggettivi
scheda infermieristica**
- ✓ **Registrazione dati archivio informatizzato**

2. RACCOLTA DEGLI ESAMI E INDAGINI DI LABORATORIO

- ✓ **sottoporre all'Anestesista e Chirurgo**

3. FIRMA DEI CONSENSI INFORMATI

- ✓ **Chirurgico e anestesiologicalo**

STRUMENTI OPERATIVI: CARTELLA /SCHEDA INFERMIERISTICA

I MOTIVI

LA DOCUMENTAZIONE PERIOPERATORIA E' ESSENZIALE
PER GARANTIRE SIA LA COMUNICAZIONE TRA I VARI
SANITARI SIA PER LA CONTINUITA' DELLE CURE



**STRUMENTO CONCISO
IMMEDIATO ED EFFICACE**



RIDURRE TEMPI ASSISTENZIALI

**AUMENTARE SICUREZZA
EVITARE RIPETITIVITA'**

RIDONDANZA DATI

PROTOCOLLI

PROTOCOLLI OPERATIVI BASATI SULL'EVIDENZA SCIENTIFICA (E.B.N.)



- **ASSISTENZA BASATA SULL'EVIDENZA**
- **DIVERSA DA QUELLA DI ROUTINE**
- **PERMETTE ALL'ASSISTENZA DI ESSERE DOCUMENTATA, OSSERVABILE E MISURABILE**
- **ESSERE CRITICI**
- **QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE**

I MOTIVI

- ✓ **RISULTATI MIGLIORI**
- ✓ **ETICAMENTE CORRETTO**
- ✓ **ABBANDONARE PRATICHE INUTILI O INEFFICACI**
- ✓ **RAGGIUNGIMENTO RISULTATO IN TERMINE DI SALUTE**
- ✓ **CONTENIMENTO DEI COSTI**

**IMPLEMENTARE ATTIVITA'
DI RICERCA**

UTILITA' EFFICACIA ED INDICAZIONI DELL'EVIDENZE SCIENTIFICHE (E.B.N.)

1975 JACK HAIVARD PRIMA EVIDENZA SCIENTIFICA
(UTILITA' EDUCAZIONE SANITARIA PREOPERATORIA)
RIDUCE ANSIA E AIUTAVA A CONTROLLARE DOLORE

1987 BOORE

ANSIA PROLUNGATA INCREMENTO CONSUMO PROTEINE
RITARDA CICATRIZZAZIONE, DIMINUZIONE RISPOSTA
IMMUNITARIA E SQUILIBRIO IDROELETROLITICO

2002 HUGHES HA PRODOTTO LA PIU' AGGIORNATA REVIEW
CONSIDERANDO LAVORI DEGLI ULTIMI 30 ANNI
(UTILITA' EDUCAZIONE SANITARIA PREOPERATORIA)
RIDUCE ANSIA E AIUTAVA A CONTROLLARE DOLORE
ACCORCIAMENTO DELLA DEGENZA

UTILITA' EFFICACIA ED INDICAZIONI DELL'EVIDENZE SCIENTIFICHE (E.B.N.)

**SI DEVE INFORMARE IL PAZIENTE
PRIMA DELL'INTERVENTO?**



SI !

- **DIMOSTRATO DA NUMEROSE METANALISI**
- **RISPETTA I SUOI DIRITTI**
- **SERVE A FARLO STARE MEGLIO**
- **INTERVENTI PSICOEDUCATIVI DANNO BENEFICI SU:**
 1. LUNGHEZZA DEGENZA
 2. COMPLICANZE
 3. TEST FUNZIONALITA' RESPIRATORIA
 4. RIPRESA DELLE ATTIVITA'

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

PER SODDISFARE I BISOGNI DEI CITTADINI

BISOGNA ACQUISIRE

- **NUOVA MENTALITA'**
- **RIPROGETTARE I MODELLI ORGANIZZATIVI (B.P.R.)**
- **STRUTTURARE I PERCORSI ASSISTENZIALI CENTRATI SUGLI UTENTI**
- **SPERIMENTARE ED APPLICARE TECNICHE INFERMIER. CONVALIDATE SCIENTIFICAMENTE (E.B.N.)**
- **ACQUISIRE CAPACITA' DI LETTURA DEI BISOGNI E DELLE DOMANDE**
- **COINVOLGERE GLI UTENTI NEL PIANO DI CURA**
Coinvolgimento e partecipazione. **Partnership** inferm./persona.

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

marcelloantonazzo@libero.it