



**Ospedale Fatebenefratelli e Oftalmico**  
**Ospedale Macedonio Melloni**

Sistema Socio Sanitario



**Regione  
Lombardia**

**ASST Fatebenefratelli Sacco**

## **Assistenza infermieristica in sala operatoria**

**Salvatore Carfagno**

*(Ospedale Fatebenefratelli e Oftalmico – Gruppo Operatorio Centrale – Coordinatore infermieristico)*

**Edoardo Tulli Baldoin**

*(Ospedale Fatebenefratelli e Oftalmico – Gruppo Operatorio Centrale – Infermiere)*

## Ospedale Fatebenefratelli – ingresso Blocco Operatorio Centrale




# Attività infermieristica PERIOPERATORIA

Attività infermieristica durante il periodo che costituisce l'esperienza chirurgica della persona

- A) Fase preoperatoria
  - B) Fase intraoperatoria
  - C) Fase di recupero postanestesia
  - D) Fase postoperatoria
- } **S.O.**



# Checklist – percorso sicuro in chirurgia 1/2

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____	etichetta codice a barre  <b>Regione Lombardia</b> ASST Fatebenefratelli Sacco	<b>CHECK LIST</b> <b>PERCORSO SICURO IN CHIRURGIA</b>	IDR_01 Rev. 00 del 07.06.2018 RIF. IDF_RM_01 Pag. 1 / 2
--	--	--	--

<b>PRERICOVERO</b> Data _____ <b>FASE 0 PRERICOVERO</b> <b>Prima del ricovero</b> C <input type="checkbox"/> SI Identità, diagnosi, procedura, sito e lato confermati C <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Sono necessari dispositivi, protesi, apparecchiature particolari C <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Sono necessari altri esami ematochimici/ diagnostici all'ingresso C <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NP Sono state date indicazioni per la assunzione o la sospensione di farmaci prima dell'intervento C <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NP E' stata prescritta una profilassi antibiotica C <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO E' necessaria una profilassi antitrombotica C <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Sono state valutate eventuali allergie C <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Consenso informato all'intervento firmato e completo (Con eventuale Allegato) C <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NP Consenso informato alle trasfusioni firmato e completo C <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NP Consegna esami eseguiti in altro Ente  A <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Necessità di altri esami ematochimici/ diagnostici all'ingresso A <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Necessità di assunzione di farmaci prima dell'intervento A <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Necessità di sospensione di farmaci prima dell'intervento A <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Il consenso informato all'anestesia è firmato e completo (Con Foglio Informativo) A <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Verificata la necessità di profilassi antiallergica  Firma Chirurgo _____ Firma Anestesista _____	<b>REPARTO</b> Data _____ <b>FASE 1 PREPARAZIONE PREOPERATORIA</b> <b>Prima del sign in</b> I <input type="checkbox"/> SI Paziente identificato I <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Referti esami preoperatori I <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Etichette codice a barre del paziente I <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Consenso informato all'intervento firmato e completo I <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NP Consenso informato all'anestesia firmato I <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NP Consenso informato alle trasfusioni firmato I <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Sono state valutate eventuali allergie I <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NP Digiuno I <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NP Pulizia intestinale I <input type="checkbox"/> SI Igiene personale I <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NP Protesi mobili, piercing, smalto e trucco rimossi I <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NP Calze antitrombotiche I <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NP Tricotomia I <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NP Le prescrizioni terapeutiche sono state seguite correttamente  Firma Infermiere _____  Note: _____	<b>BLOCCO OPERATORIO</b> Data _____ <b>FASE 2 SIGN IN</b> <b>Prima dell'anestesia</b> I/A/C <input type="checkbox"/> SI Il paziente ha confermato identità, sede, tipo di intervento e consenso  I <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Consenso informato all'intervento firmato e completo I <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NP Consenso informato all'anestesia firmato I <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NP Consenso informato alle trasfusioni firmato  C <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NP Sito chirurgico marcato C <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NP Immagini diagnostiche C <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NP Antibiotico profilassi somministrata  C/A <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Il paziente ha allergie A <input type="checkbox"/> SI Sistemi di monitoraggio attivati A <input type="checkbox"/> SI Farmaci e presidi anestesiológicos verificati A <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Difficoltà gestione vie aeree o rischio di aspirazione A <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Rischio di emorragia >500 ml (7ml/kg nei bambini)  Firma Chirurgo _____ Firma Anestesista _____ Firma Infermiere _____
--	--	---

NON COMPIRE SE ANESTESIA TOPICA

Legenda: A anestesista, C chirurgo, I infermiere, NP non pertinente



# Checklist – percorso sicuro in chirurgia 2/2

Cognome _____	etichetta codice a barre  Sistema Socio Sanitario <b>Regione Lombardia</b> ASST Fatebenefratelli Sacco	CHECK LIST PERCORSO SICURO IN CHIRURGIA	IDR_01
Nome _____			Rev. 00 del 07.06.2018
Data di nascita _____			Rif. IDF_RM_01 Pag. 2 / 2

**FASE 3 TIME OUT**

**Prima dell'incisione**

<p><b>CT</b> <input type="checkbox"/> SI Presentazioni operatori in sala</p> <p><b>CT</b> <input type="checkbox"/> SI Chirurgo, anestesista e infermiere hanno confermato l'identità del paziente, il tipo di intervento, il corretto posizionamento</p> <p><b>CT</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NP Il sito è marcato e visibile</p> <p><b>I/C/A</b> <input type="checkbox"/> SI Apparecchiature, dispositivi e protesi necessari disponibili e verificati</p>	<p><b>I</b> <input type="checkbox"/> SI Processi di sterilizzazione validati</p> <p>Valutazione eventuali criticità effettuata:</p> <p><b>CT</b> <input type="checkbox"/> SI <b>Chirurgo:</b> durata intervento, perdite di sangue, passaggi critici o inattesi</p> <p><b>CT</b> <input type="checkbox"/> SI <b>Anestesista:</b> aspetti critici relativi al paziente</p>
--	---

Firma Coordinatore TIME OUT (CT): \_\_\_\_\_

**FASE 5 ACCETTAZIONE IN REPARTO/UTI**

**Al momento del ritorno in degenza**

<p><b>I</b> <input type="checkbox"/> SI Paziente identificato</p> <p><b>I</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Consensi informati completi in cartella</p> <p><b>I</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Verbale operatorio firmato in cartella</p> <p><b>I</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NP Scheda anestesiologicala in cartella</p> <p><b>I</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SUT/FUT compilato in cartella</p> <p><b>I</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Controlli post-operatori prescritti</p> <p><b>I</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NP Moduli trasfusionali completi</p>
---

Firma Infermiere \_\_\_\_\_

**FASE 4 SIGN OUT**

**Prima che il paziente lasci la sala operatoria**

<p><b>I/C/A</b> <input type="checkbox"/> SI <b>Procedura chirurgica registrata</b></p> <p><b>I</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NP È stata applicata la procedura per il conteggio di garze, strumenti e taglienti?</p>	<p><b>I</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NP Etichettatura prelievi istologici</p> <p><b>I</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Problemi con apparecchiature da segnalare</p> <p><b>I</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NP Profilassi tromboembolismo</p>
---	--

Firma Chirurgo		
Firma Anestesista	Firma Infermiere	

Note:



## Caratteristiche della checklist

È uno **strumento** di supporto all'equipe chirurgica per l'esecuzione dei controlli di aderenza agli standard di sicurezza, rafforzando i comportamenti collettivi, individuali e i processi di comunicazione.

- ❖ Si basa sulle Raccomandazioni «Guidelines for Surgery» dell'OMS del 2009, che ha costruito una checklist contenente 19 item
- ❖ Nel 2009 il Ministero della Salute ha emanato lo schema di checklist nel «*Manuale per la Sicurezza in sala operatoria*» contenente 20 item

### **Blocco Operatorio 3 fasi:**

**SIGN IN**

**TIME OUT**

**SIGN OUT**

### **Obiettivi:**

**Prevenire gli incidenti**

**Ridurre la mortalità**

**Ridurre le complicanze postoperatorie e conseguenti costi**



## Criticità della checklist

➤ **IMBARAZZO**

➤ **SOVERTIMENTO «GERARCHIE»**

➤ **RETAGGI CULTURALI**

➤ **ASPETTI LOGISTICI**

➤ **ABITUDINI CONSOLIDATE**

➤ **RIDONDANZA DOMANDE**



# Checklist - percorso sicuro in chirurgia – Blocco Operatorio

**BLOCCO OPERATORIO**      Data \_\_\_\_\_

**FASE 2 SIGN IN**

**Prima dell'anestesia**

**I/A/C**  SI    Il paziente ha confermato identità, sede, tipo di intervento e consenso

**I**  SI  NO    Consenso informato all'intervento firmato e completo

**I**  SI  NO  NP    Consenso informato all'anestesia firmato

**I**  SI  NO  NP    Consenso informato alle trasfusioni firmato

**C**  SI  NP    Sito chirurgico marcato

**C**  SI  NP    Immagini diagnostiche

**C**  SI  NP    Antibiotico profilassi somministrata

---

**C/A**  SI  NO    Il paziente ha allergie

**A**  SI    Sistemi di monitoraggio attivati

**A**  SI    Farmaci e presidi anestesiológicos verificati

**A**  SI  NO    Difficoltà gestione vie aeree o rischio di aspirazione

**A**  SI  NO    Rischio di emorragia >500 ml (7ml/kg nei bambini)

Firma Chirurgo: \_\_\_\_\_

Firma Anestesista: \_\_\_\_\_

Firma Infermiere: \_\_\_\_\_

**FASE 3 TIME OUT**

**Prima dell'incisione**

**CT**  SI    Presentazioni operatori in sala

**CT**  SI    Chirurgo, anestesista e infermiere hanno confermato l'identità del paziente, il tipo di intervento, il corretto posizionamento

**CT**  SI  NP    Il sito è marcato e visibile

**I/C/A**  SI    Apparecchiature, dispositivi e protesi necessari disponibili e verificati

**I**  SI    Processi di sterilizzazione validati

Valutazione eventuali criticità effettuata:

**CT**  SI    **Chirurgo:** durata intervento, perdite di sangue, passaggi critici o inattesi

**CT**  SI    **Anestesista:** aspetti critici relativi al paziente

Firma Coordinatore TIME OUT (CT): \_\_\_\_\_

**FASE 4 SIGN OUT**

**Prima che il paziente lasci la sala operatoria**

**I/C/A**  SI    **Procedura chirurgica registrata**

**I**  SI  NP    È stata applicata la procedura per il conteggio di garze, strumenti e taglienti?

**I**  SI  NP    Etichettatura prelievi istologici

**I**  SI  NO    Problemi con apparecchiature da segnalare

**I**  SI  NO  NP    Profilassi tromboembolismo

Firma Chirurgo: \_\_\_\_\_

Firma Anestesista: \_\_\_\_\_

Firma Infermiere: \_\_\_\_\_

Legenda: **A** anestesista, **C** chirurgo, **I** infermiere, **NP** non pertinente



# Assistenza infermieristica PREOPERATORIA

Inizia quando viene presa la decisione di eseguire un intervento chirurgico e termina quando la persona viene trasferita sul letto operatorio.

- Identificare la persona
- Verifica consensi informati all'intervento, anestesia e trasfusioni
- Verifica dei referti ed esami preoperatori
  - Accertare lo stato della persona, allergie
  - Tricotomia
  - Decontaminazione naso-orofaringea
  - Doccia preoperatoria
  - Digiuno preoperatorio
  - Preparazione intestinale
  - Prevenzione tromboembolismo
  - Rimozione protesi mobili, monili, trucco e smalto
  - Somministrazione di terapie prescritte
- Sostegno psicologico – stato emotivo
- Educazione/informazione



## SIGN IN

Si svolge **prima dell'induzione** dell'anestesia, richiede la presenza di tutti i componenti dell'equipe

- Conferma da parte del paziente di **identità, procedura, sito e consenso**
- Conferma marcatura del **sito** di intervento
- Conferma dei controlli per la **sicurezza dell'anestesia** (*allergie, protesi mobili, digiuno preoperatorio*)
- Verifica della corretta preparazione preoperatoria
- Reperimento accesso venoso idoneo all'intervento e somministrazione **profilassi antibiotica** ed eventuali prescrizioni terapeutiche
- Assistenza per la preparazione e monitoraggio della persona sottoposta ad anestesia loco-regionale



# Ansia preoperatoria



## Caratteristiche:

- ❖ **Evidente o mascherata**  
(isolamento, molte domande o la stessa domanda a professionisti diversi, modelli di coping inefficaci)
- ❖ **Paura** di apparire ridicolo o di fare una brutta figura
- ❖ **Diminuisce** la capacità di critica e di scelta
- ❖ **Altera** la percezione della realtà

## Interventi infermieristici per la riduzione dell'ansia preoperatoria:

Studi sulla Musicoterapia: ascoltare musica prima dell'intervento ha un effetto benefico sulla persona, rilassandola e riducendone i livelli di stress e di preoccupazione correlata all'intervento

Studi sulla Terapia del sorriso (Humorterapia): incrementa il buon umore della persona attraverso la proiezione di comiche o candid camera prima dell'intervento

L'intervento più accreditato è l'**EDUCAZIONE/INFORMAZIONE** della persona:  
All'aumentare delle informazioni diminuisce l'ansia.

**QUANDO?** al prericovero, durante il ricovero, prima dell'intervento chirurgico.

**COME?** attraverso il colloquio, con professionalità, vicinanza, «empatia».

**COSA?** la preparazione all'intervento, la terapia preanestesiologica, tempo e durata dell'intervento, specifiche dell'intervento e presidi, dove verrà trasferito, dove attenderanno i familiari

# La sala operatoria



# Assistenza infermieristica INTRAOPERATORIA

Inizia quando la persona viene posizionata sul letto operatorio e termina quando viene trasferita in sala risveglio.

## L'infermiere assistente di sala:

- Prende in carico la persona
- **Accerta lo stato fisico** della persona, allergie, difficoltà gestione vie aeree, protesi mobili, digiuno
- **Verifica consensi** informati
- Posizionamento della persona sul letto operatorio sulla base dell'intervento chirurgico, in accordo con anestesista e chirurgo: **prevenendo lesioni, rischio cadute, e sicurezza della persona**
- Posizionamento presidi (CVP, CV, SNG, termocoperta)
- Monitoraggio e controllo parametri vitali
- Controllo cute, mucose e sacche di raccolta dei liquidi organici
- **Controllo e gestione del conteggio** accurato di garze, bisturi, aghi e strumentario chirurgico
- **Assiste l'equipe chirurgica** e fornisce i dispositivi/strumenti necessari all'intervento mantenendo la sterilità



## TIME OUT

È un breve momento di “pausa chirurgica” che si svolge **dopo l'induzione** dell'anestesia e **prima dell'incisione** cutanea, richiede il coinvolgimento di tutti i componenti dell'equipe.

- ❑ **Presentazione** di tutti i componenti dell'equipe
- ❑ Chirurgo, anestesista ed infermiere confermano il **paziente**, il **sito**, la **procedura** ed il **corretto posizionamento**
- ❑ Conferma dei **controlli per la sicurezza** dell'anestesia (*allergie, protesi mobili, digiuno preoperatorio*)
- ❑ Anticipazione di **eventuali criticità**: criticità del paziente; durata intervento; perdite ematiche; passaggi critici; processi di sterilizzazione validati; apparecchiature, immagini diagnostiche, dispositivi e protesi disponibili e verificati
- ❑ Conferma **profilassi antibiotica** eseguita negli ultimi 60 minuti



## SIGN OUT

Si svolge **durante o immediatamente dopo** la chiusura della ferita chirurgica e prima che il paziente abbandoni la sala operatoria.

❑ Serve a facilitare l'appropriato trasferimento delle informazioni all'equipe ed al personale responsabile per l'assistenza del paziente dopo l'intervento.

❑ Conferma del **nome della procedura** effettuata

❑ **Conteggio** di strumenti, garze, bisturi, aghi e altro strumentario chirurgico

❑ Conferma **etichettatura del campione** chirurgico

❑ **Problemi o malfunzionamenti** nell'utilizzo dei dispositivi

❑ Revisione degli elementi critici per l'**assistenza post-operatoria**

❑ **Profilassi del tromboembolismo** post-operatorio (mobilizzazione precoce, dispositivi compressivi, farmaci)

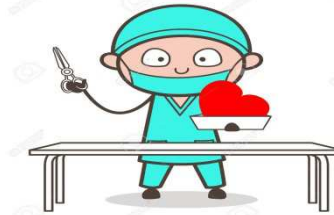


# Assistenza infermieristica POSTOPERATORIA

Inizia quando la persona viene trasferita in sala risveglio e termina alla dimissione dall'unità operativa.

## Responsabilità infermieristica:



- ❑ Assicurare un'assistenza infermieristica sicura ed efficace ai pazienti in sala risveglio durante il decorso postoperatorio



- Monitoraggio delle **condizioni cliniche** della persona (*colorito, stato neurologico*)
- Valutazione delle **condizioni emodinamiche** (FC, PA, PVC, ricerca dei segni clinici dello shock)
- Valutazione del **grado di coscienza** e parametri vitali
- Accertare la **pervietà delle vie aeree**, condizioni respiratorie (*FR, ostruzioni bronchiali, eventuale aspirazione tracheale, O2 terapia*)
- Controllare la **diuresi** e il **bilancio idroelettrolitico**
- Controllare la **medicazioni** e i **drenaggi**
- Accertare la comparsa di **effetti collaterali** all'anestesia generale e locoregionale
- **VALUTAZIONE DEL DOLORE**



# «Scheda per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'ingresso del sito chirurgico»

 Ospedale Fatebenefratelli e Oftalmico <small>Sistema Socio Sanitario</small>  Regione Lombardia ASST Fatebenefratelli Sacco	<b>SCHEDA PER PREVENIRE LA RITENZIONE DI GARZE, STRUMENTI O ALTRO MATERIALE ALL'INGRESSO DEL SITO CHIRURGICO</b>	MDAO 97 Rev. 0 DATA: 21/12/2011 Rev. 0 Pagina 1 di 4
---	--	--

COGNOME e NOME

BAR CODE

N° VERBALE OPERATORIO

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sala Operatoria \_\_\_\_\_

Intervento \_\_\_\_\_

Inizio \_\_\_\_ : \_\_\_\_ Fine \_\_\_\_ : \_\_\_\_

Equipe chirurgica \_\_\_\_\_

Equipe Infermieristica: Strumentista 1 \_\_\_\_\_

Strumentista 2 \_\_\_\_\_

Strumentista 3 \_\_\_\_\_

Infermiere 1 \_\_\_\_\_

Infermiere 2 \_\_\_\_\_

Infermiere 3 \_\_\_\_\_

Ora cambio: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

\_\_\_\_ : \_\_\_\_



# Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico

È una **procedura aziendale** per la prevenzione della ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico

☐ Si basa sulla Raccomandazione n. 2 Marzo 2008 del Ministero della Salute

**Cosa:**

Il conteggio sistematico di garze, bisturi, aghi, taglienti e strumentario chirurgico deve essere applicato nel corso di **ogni intervento chirurgico**.

**Quando:**

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
5. al momento dell'eventuale cambio dell'infermiere o chirurgo responsabile dell'équipe

**Chi:**

Il conteggio viene effettuato dall'**infermiere assistente di sala**, **infermiere strumentista** e **operatori di supporto** preposti all'attività di conteggio. Il **Chirurgo** verifica che il conteggio sia stato eseguito e che il totale di materiale utilizzato e rimanente corrisponda a quello ricevuto prima e durante l'intervento.



## Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico 2/2

### **Discordanza nel conteggio:**

- procedere nuovamente alla conta delle garze
- segnalare al chirurgo
- ispezionare il sito operatorio
- ispezionare l'area circostante il campo operatorio (pavimento, tutti i recipienti per i rifiuti e gli strumenti utilizzati)
- effettuare la radiografia intraoperatoria con la relativa lettura, prima dell'uscita del paziente dalla sala operatoria
- registrare quanto avvenuto e tutte le procedure poste in essere nella documentazione operatoria del paziente

Il **clima di lavoro** all'interno della camera operatoria deve favorire una **comunicazione libera ed efficace** che coinvolga l'intera équipe chirurgica, affinché tutti i componenti siano nelle condizioni ottimali per comunicare ogni dubbio circa eventuali discordanze di conteggio.



Last but not least - Ultimo, ma non per importanza...

Verificare la completezza della cartella clinica, la corretta compilazione dei documenti clinici e la presenza del verbale operatorio redatto e firmato dal medico chirurgo primo operatore.



## Bibliografia

- ❑ <http://www.salute.gov.it>
- ❑ Brunner LS, Suddarth DS, et al. Infermieristica medico-chirurgica. Volume 1. Milano: Casa Editrice Ambrosiana; 2010.
- ❑ Cozzolino L. Sala operatoria Assistenza Infermieristica. Roma: Edizioni Nuova Cultura; 2012.
- ❑ «Safe Surgery Saves Lives» WHO Guidelines for Safe Surgery 2009
- ❑ «Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico» Raccomandazione n. 2, Marzo 2008
- ❑ «Check List percorso sicuro in chirurgia» ASST Fatebenefratelli Sacco, IDR\_01 Rev.00 del 07.06.2018.
- ❑ «Interventi infermieristici per la riduzione dell'ansia pre-operatoria» Centro Studi EBN, 2006.
- ❑ «Assistenza al paziente nel periodo pre operatorio» Dossier INFAD n. 43, 2008.
- ❑ «Assistenza al paziente nel periodo post operatorio» Dossier INFAD n. 51, 2008.
- ❑ <http://www.fnopi.it>
- ❑ <http://salute.regione.emilia-romagna.it>



*Grazie per l'attenzione*

