

Evento formativo AICO Calabria 2026



**Competenza e innovazione in Sala Operatoria: l'anestesia e il ruolo
dell'infermiere**

21 Marzo 2026

Agriturismo "Il Convivio di Hera" - Crotona

Responsabili Scientifici : Dr. Paonesa Giuseppe – Dr.ssa Maiuolo Anna Laura – Dr. La Greca Mattia

Moderatori : Dr. Paonessa Giuseppe – Dr.ssa Maiuolo Anna Laura – Dr. La Greca Mattia – Dr Cerullo Pierluigi – Dr.ssa Minniti Francesca

Organizzazione:

L'evento tenutosi in data 21 Marzo presso l'Agriturismo il Convivio di Hera-Crotone dal titolo " Competenza e innovazione in Sala Operatoria: l' anestesia e il ruolo dell'infermiere", si è delineato nell' intera giornata ed è stato suddiviso in quattro sessioni all' interno delle quali i relatori hanno avuto la possibilità di esporre argomenti inerenti l'anestesia, la sicurezza in sala operatoria e la gestione del paziente complesso analizzandone aspetti e criticità al fine di poter condividere conoscenze e approfondimenti utili al miglioramento assistenziale nell' intero percorso chirurgico.

Obiettivi:

L'evento ECM organizzato da AICO Calabria, dal titolo Competenze e innovazione in sala operatoria: l'anestesia e il ruolo dell'infermiere, nasce con l'obiettivo di approfondire temi centrali per la pratica assistenziale in ambito perioperatorio. In particolare, l'incontro si propone di evidenziare l'importanza delle competenze professionali e dell'innovazione tecnologica nel campo anestesiológico, con particolare attenzione alla gestione del paziente complesso e all'utilizzo appropriato delle apparecchiature di anestesia. Fondamentale è stato anche il focus sul lavoro d'équipe multidisciplinare, elemento indispensabile per garantire sicurezza e qualità delle cure, valorizzando al tempo stesso il ruolo strategico dell'infermiere all'interno della sala operatoria.

Relazioni:

*L'evento ha inizio con un primo importante obiettivo: quello di trattare, con ogni **relazione, TECNICHE E STRUMENTI D' ANESTESIA** sottolineando l' importanza della formazione della competenza infermieristica e del lavoro d' equipe. La prima relazione è stata discussa dal **Dr. Torchia Fiore (dal titolo "La partoanalgesia e il suo approccio multidisciplinare: competenze, comunicazione e sicurezza")**. La presentazione analizza in modo approfondito il tema della partoanalgesia ponendo l'attenzione sul valore di un approccio multidisciplinare, fondato su competenze specialistiche, comunicazione efficace e sicurezza assistenziale. Il controllo del dolore durante il travaglio non viene considerato un semplice comfort, ma un intervento clinico capace di migliorare l'esperienza del parto e di ridurre le possibili*

conseguenze fisiologiche e psicologiche legate a un dolore intenso e prolungato. Il dolore del parto, infatti, può determinare alterazioni respiratorie, cardiovascolari e metaboliche nella madre, con possibili ripercussioni anche sul benessere fetale. Viene spiegato come la partoanalgesia rappresenti l'insieme delle tecniche finalizzate ad attenuare o abolire il dolore, preservando al tempo stesso la sensibilità, la collaborazione della partorientente e la naturale progressione del travaglio. Tra le metodiche illustrate sono presenti interventi non farmacologici, come tecniche respiratorie, massaggi, ipnosi, agopuntura e travaglio in acqua, oltre a soluzioni farmacologiche quali il protossido d'azoto, gli oppioidi e soprattutto l'analgia neurassiale. In particolare, l'analgia epidurale viene indicata come il gold standard per efficacia e possibilità di modulare il trattamento in base alla fase del travaglio e alle caratteristiche della paziente.

La relazione evidenzia i numerosi benefici del controllo del dolore: riduzione dell'ansia e dello stress, diminuzione del consumo di ossigeno, miglioramento della ventilazione e del circolo placentare, maggiore rilassamento materno e migliore ossigenazione del feto. Inoltre, una donna adeguatamente supportata e analgesizzata risulta generalmente più collaborante e partecipa durante tutte le fasi del parto.

Un capitolo centrale è dedicato al ruolo dell'infermiere, figura determinante nel percorso assistenziale. Nella fase pre-procedurale l'infermiere accoglie la paziente, offre supporto emotivo, verifica la documentazione clinica, prepara il materiale necessario e rileva i parametri vitali. Durante la procedura assiste l'anestesista, aiuta la donna a mantenere la posizione corretta e osserva eventuali reazioni avverse. Nella fase successiva monitora l'efficacia dell'analgia, controlla i parametri materni e fetali, sorveglia il catetere epidurale e interviene tempestivamente nel riconoscimento di possibili complicanze, come ipotensione, blocco motorio eccessivo o analgesia insufficiente. Viene infine ribadita l'importanza del lavoro d'équipe tra anestesista, ginecologo, ostetrica e infermiere. Solo attraverso una collaborazione strutturata, una comunicazione continua e una chiara condivisione delle competenze è possibile garantire elevati standard di sicurezza e qualità delle cure. La partoanalgesia emerge quindi non solo come tecnica anestesologica, ma come vero percorso assistenziale centrato sulla donna, sul neonato e sulla presa in carico globale della nascita.

La seconda relazione del congresso che coincide anche con la fine della prima sessione è stata esposta dalla **Dr.ssa Ciampà Cinzia** con il titolo **"il blocco nervoso periferico: tecniche e gestione infermieristica"**. L'esposizione del lavoro parte da un concetto chiave: Il blocco nervoso periferico (BNP) rappresenta una tecnica cardine dell'anestesia loco-regionale, in grado di garantire analgesia efficace e migliorare gli outcome peri-operatori. Tuttavia, come evidenziato dalle raccomandazioni SIAARTI,

tali procedure non sono esenti da rischi e richiedono un approccio sistematico alla gestione della sicurezza, basato su monitoraggio, appropriatezza organizzativa e competenze del team. Tra le complicanze più gravi, la tossicità sistemica da anestetico locale (LAST) costituisce un evento raro ma potenzialmente fatale, caratterizzato da manifestazioni neurologiche e cardiovascolari anche improvvise. Le linee guida sottolineano l'importanza del riconoscimento precoce, del monitoraggio continuo e della disponibilità immediata di presidi e farmaci per la gestione dell'emergenza.

In questo contesto, l'infermiere di anestesia riveste un ruolo centrale nella prevenzione e gestione del rischio clinico. In linea con le raccomandazioni SIAARTI, contribuisce alla predisposizione di un ambiente sicuro, garantendo la presenza di monitoraggio adeguato, carrelli dedicati all'anestesia loco-regionale e kit completi per la gestione delle complicanze, inclusa la LAST. Inoltre, verifica la corretta preparazione farmacologica e collabora attivamente nella standardizzazione dei processi assistenziali.

Durante la procedura, l'infermiere assicura un monitoraggio clinico continuo e sistematico, fondamentale per l'identificazione precoce dei segni di tossicità, che possono includere sintomi neurologici iniziali (parestesie, acufeni, agitazione) o manifestazioni cardiovascolari anche come primo segno. La capacità di intercettare tempestivamente tali segnali consente l'attivazione immediata dei protocolli di emergenza e il supporto efficace al team anestesilogico nella gestione avanzata del paziente. Le raccomandazioni SIAARTI evidenziano inoltre la necessità di prolungare la sorveglianza anche nel post-procedurale, configurando un continuum assistenziale che non si esaurisce in sala operatoria. In tale fase, l'infermiere mantiene un ruolo chiave nel monitoraggio clinico e neurologico, considerando la possibile insorgenza tardiva di complicanze, inclusa la LAST.

In conclusione, l'infermiere di anestesia rappresenta una figura strategica nella gestione del rischio clinico associato ai BNP, contribuendo in modo determinante alla sicurezza del paziente attraverso competenze tecniche, capacità di monitoraggio avanzato e integrazione efficace nel lavoro di team, in coerenza con le indicazioni delle linee guida SIAARTI.

La Seconda sessione ha inizio con la relazione della *Dr.ssa Occhiovivo Sandra* dal titolo **“L'intubazione da sveglia: strategie, indicazioni e competenze infermieristiche”.**

La presentazione affronta il tema dell'intubazione da sveglia, tecnica avanzata utilizzata nella gestione delle vie aeree difficili previste, con particolare attenzione alle strategie operative, alle indicazioni cliniche e al ruolo fondamentale dell'infermiere. L'intubazione da sveglia rappresenta una procedura di elevata sicurezza nei pazienti in cui si prevede una difficoltà di ventilazione o di accesso alle

vie aeree, poiché consente di mantenere il respiro spontaneo e una adeguata ossigenazione durante tutte le fasi della manovra. Tra le metodiche descritte, la fibroscopia viene indicata come uno degli strumenti più efficaci, grazie alla possibilità di ottenere una visualizzazione diretta delle strutture anatomiche delle vie aeree e di guidare con precisione il posizionamento del tubo endotracheale. Questa tecnica trova indicazione in presenza di anatomia sfavorevole, ridotta mobilità cervicale, precedenti fallimenti di intubazione, obesità severa o elevato rischio di ventilazione difficile. In tali situazioni, la pianificazione anticipata della procedura diventa essenziale per prevenire complicanze potenzialmente gravi. Un aspetto centrale della relazione riguarda il ruolo dell'infermiere, figura indispensabile sia nella preparazione sia durante l'esecuzione della procedura. Nella fase iniziale l'infermiere provvede alla predisposizione completa del materiale necessario: fibroscopio funzionante, fonte luminosa, sistemi di aspirazione, farmaci per anestesia topica, tubi endotracheali di diverse misure e presidi accessori. La corretta organizzazione dell'ambiente e il controllo preventivo delle apparecchiature rappresentano elementi decisivi per il buon esito della manovra. Durante la procedura, l'assistenza infermieristica è continua e altamente specialistica. L'infermiere supporta l'operatore nella gestione dell'aspirazione, nella somministrazione dei farmaci, nel monitoraggio dei parametri vitali e nel mantenimento della sicurezza del paziente. Inoltre, contribuisce a rassicurare il paziente sveglio, riducendo ansia e disagio attraverso una comunicazione efficace e costante.

La presentazione descrive anche le principali fasi tecniche della fibroscopia: anestesia di superficie delle vie aeree, introduzione del fibroscopio con visualizzazione delle corde vocali e successivo avanzamento del tubo endotracheale. Pur essendo una metodica sicura ed efficace, vengono evidenziati alcuni limiti, come la necessità di operatori esperti, tempi di esecuzione più lunghi e minore applicabilità nei contesti di emergenza.

A supporto dei contenuti teorici viene presentato un caso clinico di una paziente obesa con precedente intubazione fallita, gestita con successo mediante intubazione fibroscopica da sveglia e senza complicanze. In conclusione, emerge come la fibroscopia rappresenti una risorsa fondamentale nella gestione delle vie aeree difficili e come il lavoro di squadra tra anestesista e infermiere costituisca un elemento determinante per la sicurezza e la sopravvivenza del paziente.

*Chiude la seconda sessione la relazione dal **titolo "Gestione infermieristica delle apparecchiature anestesiolgiche"** esposta dalla **Dr.ssa Citriniti Gabriela**.*

La relazione si concentra sulla sempre più sofisticata innovazione, sulla continua formazione che il personale infermieristico è tenuto ad affrontare per padroneggiare in maniera corretta tutte le apparecchiature anestesiolgiche presenti all'interno di una sala operatoria.

Ogni giorno infatti nella quotidianità lavorativa, in ambito chirurgico, siamo circondati da apparecchiature anestesiolgiche sempre più sofisticate: ventilatori, monitor multiparametrici, pompe infusionali, sistemi di riscaldamento, dispositivi per la gestione delle vie aeree.

La gestione infermieristica delle apparecchiature anestesiolgiche non è un atto tecnico, è un atto di consapevolezza e sicurezza per il paziente.

L'infermiere di sala operatoria:

- *anticipa*
- *intercetta*
- *previene.*

Quando parliamo di apparecchiature anestesiolgiche, l'infermiere è:

- *il primo filtro di sicurezza*
- *il custode della funzionalità*
- *il ponte comunicativo tra tecnologia e paziente.*

Questo perché una complicanza anestesiolgica diventa critica quando il problema non viene riconosciuto subito.

Il momento chiave di tutta la gestione è il pre-operatorio, in cui il controllo e la verifica del corretto funzionamento di tutto ciò che occorre per un'anestesista sicura non è mera formalità, ma un atto di responsabilità.

Durante l'anestesia, la vera competenza sta nel pensare in modo strutturato applicando il ragionamento infermieristico alla tecnologia: ciò richiede che l'infermiere conosca i dispositivi e ne sappia gestire le peculiarità; inoltre la gestione delle apparecchiature anestesiolgiche funziona solo se si lavora in team:

- *l'infermiere comunica in modo chiaro*
- *l'anestesista ascolta*
- *il chirurgo comprende le implicazioni*

Da ciò ne deriva la collaborazione, il lavoro d'equipe e la riduzione di errori e complicanze prevedibili.

Dalla relazione esposta si evince che la figura infermieristica e la sua formazione sono di fondamentale importanza per la gestione e la riuscita dell'attività chirurgica. Investire nella formazione di suddetta figura professionale significa investire in qualità e sicurezza mantenendo il paziente e la sua salute centro nevralgico delle attività chirurgiche.

*L'evento prosegue nel pomeriggio con un nuovo obiettivo al centro delle relazioni che verranno esposte: **PAZIENTE COMPLESSO E GESTIONE ANESTESIOLOGICA DELLE COMPLICANZE***

*La prima relazione dal titolo **“Gestione anestesiologicala del paziente obeso: sfide e strategie cliniche”**, che apre anche la terza sessione dell’evento, è stata esposta dal **Dr. Musolino Daniele**.*

L’obesità rappresenta una condizione clinica in costante incremento a livello globale e costituisce un fattore di rischio significativo in ambito anestesiologicalo. Le peculiari alterazioni fisiopatologiche del paziente obeso, tra cui la riduzione della capacità funzionale residua, l’aumento del consumo di ossigeno e la diminuzione della compliance polmonare, determinano una maggiore suscettibilità a desaturazione rapida e complicanze respiratorie perioperatorie. Il presente lavoro si propone di analizzare le principali criticità nella gestione anestesiologicala del paziente obeso, evidenziando gli

errori più frequenti nella pratica clinica, quali la sottovalutazione della difficoltà delle vie aeree, il ritardo nel riconoscimento dell’ipossia, l’inadeguata modulazione dei dosaggi farmacologici e il posizionamento non ottimale del paziente. Particolare attenzione viene posta alla valutazione preoperatoria, che include l’impiego di strumenti predittivi come il Mallampati score e lo screening per la sindrome delle apnee ostruttive del sonno (OSAS), nonché all’adozione di strategie avanzate per la gestione delle vie aeree. Tra queste, la preossigenazione ottimizzata, il corretto posizionamento in “ramped position” e l’utilizzo del videolaringoscopio come dispositivo di prima scelta rappresentano elementi fondamentali per incrementare la sicurezza del paziente. Vengono inoltre considerate le opzioni alternative in condizioni critiche, quali l’intubazione fibro-guidata e l’impiego della maschera laringea come presidio temporaneo nelle situazioni di emergenza. Ulteriori aspetti rilevanti riguardano la complessità nella gestione degli accessi vascolari e le implicazioni farmacocinetiche legate alla distribuzione dei farmaci nei tessuti adiposi. In tale contesto, il ruolo dell’infermiere di sala operatoria emerge come centrale nella preparazione del setting assistenziale, nella prevenzione delle complicanze e nel supporto al team durante le fasi critiche. L’integrazione delle competenze all’interno di un team multidisciplinare rappresenta un elemento determinante per il miglioramento degli outcome clinici. In conclusione, il paziente obeso deve essere considerato ad elevato rischio anestesiologicalo; tuttavia, una gestione basata su un’accurata pianificazione, sull’anticipazione delle criticità e su competenze specialistiche consente di ridurre significativamente l’incidenza delle complicanze perioperatorie.

*Prosegue l’evento con la relazione della **Dr.ssa Vagliante Giulia** riguardante il **“monitoraggio emodinamico avanzato del paziente complesso: dall’ EV100 all’ HemoSphere”**.*

Il monitoraggio emodinamico avanzato rappresenta un elemento chiave nella gestione del paziente critico e complesso, consentendo una valutazione più accurata della perfusione tissutale rispetto ai parametri emodinamici tradizionali. L'approccio dinamico supera i limiti della sola pressione arteriosa, spesso non rappresentativa del reale stato di flusso.

Obiettivo:

Descrivere l'utilità clinica del monitoraggio emodinamico avanzato nella gestione perioperatoria del paziente complesso e analizzare l'evoluzione tecnologica dalla piattaforma EV1000 al sistema HemoSphere.

Viene presentato un caso clinico di paziente di 72 anni con perforazione intestinale, peritonite diffusa e quadro settico, sottoposto a intervento chirurgico urgente. Il monitoraggio emodinamico è stato effettuato mediante sistemi mini-invasivi basati su analisi dell'onda di polso, con valutazione continua di parametri quali Cardiac Output (CO), Cardiac Index (CI), Stroke Volume Variation (SVV) e resistenze vascolari sistemiche (SVR).

L'impiego di un monitoraggio avanzato ha evidenziato un disallineamento tra pressione arteriosa e perfusione tissutale, permettendo una gestione emodinamica mirata basata su fluid challenge guidate e rivalutazione dinamica dei parametri. Si è osservata una riduzione della SVV, incremento del CI e stabilizzazione emodinamica senza incremento dei vasopressori. La relazione conclude con un concetto chiave e riassuntivo; il monitoraggio emodinamico dinamico consente una gestione personalizzata e più efficace del paziente complesso, migliorando l'appropriatezza terapeutica. L'evoluzione tecnologica verso piattaforme integrate e modulari, come HemoSphere, amplia le possibilità di monitoraggio. Rimane fondamentale il ruolo dell'infermiere di anestesia nella gestione del sistema e nell'interpretazione dei dati, al fine di garantire sicurezza e qualità assistenziale.

*L'evento formativo si avvia alla conclusione con le ultime due relazioni il primo relatore ad esporre il proprio lavoro è stato il **Dr. Panetta Simone Mosé** con il lavoro dal titolo **"La sedazione profonda in respiro spontaneo negli interventi di chirurgia ortopedica"***

La gestione della sedazione nei pazienti sottoposti a chirurgia ortopedica in anestesia locale richiede il raggiungimento di un equilibrio tra comfort, immobilità intraoperatoria e sicurezza respiratoria. L'ansia preoperatoria rappresenta un fattore determinante, in grado di influenzare la stabilità emodinamica, la percezione del dolore e la collaborazione del paziente. L'utilizzo del Propofol in monoterapia, pur garantendo una rapida insorgenza dell'effetto ipnotico, è

associato a depressione respiratoria e instabilità pressoria dose-dipendenti. Le benzodiazepine, invece, presentano un profilo ansiolitico efficace ma non sempre assicurano un livello di sedazione adeguato se utilizzate singolarmente.

L'associazione Midazolam–Propofol rappresenta pertanto una strategia farmacologica sinergica basata sulla modulazione del recettore GABA-A. Sono stati considerati pazienti candidati a chirurgia ortopedica elettiva in anestesia locale. Il protocollo sedativo prevedeva premedicazione con Midazolam a basso dosaggio per via endovenosa, seguita da titolazione di Propofol in boli a basse concentrazioni, modulata in base alla risposta clinica individuale. Il monitoraggio intraoperatorio includeva saturazione periferica di ossigeno, parametri emodinamici, stato di coscienza mediante BIS e valutazione clinica del pattern respiratorio. L'obiettivo era ottenere una sedazione profonda con mantenimento della ventilazione spontanea, evitando il ricorso a supporto ventilatorio.

I risultati del lavoro svolto dal relatore hanno evidenziato come l'associazione farmacologica ha consentito un adeguato comfort del paziente, una buona stabilità emodinamica e il mantenimento della respirazione spontanea durante tutta la procedura. La sedazione si è dimostrata facilmente titolabile, con ridotta incidenza di eventi avversi respiratori e senza necessità di interventi ventilatori invasivi o non invasivi. Proprio in seguito ad attenta analisi il relatore conclude la propria relazione evidenziando come la sedazione profonda in respiro spontaneo mediante associazione Midazolam– Propofol si configura come una tecnica efficace e sicura nella chirurgia ortopedica in anestesia locale. Fondamentale risulta il monitoraggio continuo e il ruolo dell'infermiere di anestesia, centrale nell'osservazione clinica, nella gestione dei parametri vitali e nell'identificazione precoce delle criticità, all'interno di un modello assistenziale multidisciplinare orientato alla sicurezza perioperatoria del paziente.

*L'ultima relazione dell'evento dal titolo **“Prevenzione e riconoscimento precoce delle complicanze anestesologiche: l'importanza della collaborazione tra anestesista e infermiere d'anestesia”** è stata esposta dalla **Dr.ssa Stillitano Lidia**.*

L'esposizione della relazione parte dal concetto di errore e della sua gestione da parte dell'equipe chirurgica; L'equipe di sala operatoria si trova quotidianamente a dover gestire l'errore possibile, tramite la promozione di una cultura per la sicurezza, per mantenere il paziente, durante il periodo di permanenza in sala operatoria, in sicurezza. Per raggiungere tale obiettivo sono fondamentali: pianificazione, prevenzione, collaborazione e formazione continua. L'anestesista è il medico responsabile della gestione dell'anestesia e della sorveglianza dei pazienti durante la

durata dell'intervento chirurgico e delle fasi pre e post-anestesia. Si occupa anche della valutazione pre-operatoria, somministrazione e gestione dell'anestesia, monitoraggio durante l'intervento, GESTIONE DELLE EVENTUALI COMPLICANZE, monitoraggio post-operatorio e gestione della terapia nelle prime 24 ore.

L'infermiere di anestesia è una figura chiave nel monitoraggio del paziente, nella preparazione e gestione dei dispositivi e farmaci, assistenza durante l'intubazione, posizionamento del paziente, monitoraggio dei parametri vitali, IDENTIFICAZIONE PRECOCE DEI SEGNI DI COMPLICANZE. L'anestesia è una disciplina medica che abolisce temporaneamente la sensibilità (DOLORE) e la coscienza, permettendo il rilassamento muscolare per eseguire interventi chirurgici, mantenendo il paziente in sicurezza e comfort. Si può suddividere in generale, loco- regionale e locale. Ha benefici ma anche complicanze. Le complicanze possono essere comuni (transitorie), rare, gravi per arrivare fino alla morte.

Fondamentale per poter lavorare in sinergia per queste due figure dell'equipe di sala operatoria, è la comunicazione efficace.

Nel 1971, P. Watzlawick formulò la teoria sugli ASSIOMI DELLA COMUNICAZIONE UMANA, fissando alcuni punti: L'impossibilità di non comunicare, livelli comunicativi di contenuto e relazione, la punteggiatura della sequenza di eventi, la comunicazione numerica e analogica, INTERAZIONE COMPLEMENTARE E SIMMETRICA.

Se la comunicazione è inefficace possono verificarsi degli errori:

- *ATTIVI, azioni compiute dagli operatori con impatto immediato...sviste, violazioni, dimenticanze...*
- *LATENTI, problemi legati all'organizzazione...formazione insufficiente, cattiva progettazione...*

Per capire come si verificano gli errori tra il 1990 e il 1992, J. Reason introduce il modello del «FORMAGGIO SVIZZERO».

Fondamentali per una comunicazione efficace sono la condivisione di un metodo comunicativo e di strumenti da utilizzare. A tal proposito viene esposto anche il concetto di metodo SBAR, acronimo che indica una tecnica comunicativa in forma verbale o scritta.

Permette di trasmettere rapidamente informazioni cliniche in situazioni di emergenza o per il passaggio di consegne. Ha 4 fasi.

- 1. Situazione*
- 2. Contesto*
- 3. Accertamento/valutazione*
- 4. Raccomandazioni.*

Gli strumenti, sono quelli che quotidianamente utilizziamo: la CHECK-LIST: strumento standardizzato, secondo le indicazioni dell'OMS e del Ministero della Salute. Nella fase di Sing-In (preparazione del paziente) richiede ad anestesista e infermiere prevenzione e pianificazione. Le LINEE GUIDA: raccomandazioni sistemiche basate su

evidenze scientifiche, sviluppate per standardizzare le pratiche e migliorare la qualità delle cure. Ancora il BRIEFING: incontro strutturato e multidisciplinare, finalizzato a condividere informazioni cliniche del paziente.

Il Codice Deontologico degli infermieri, nell'ultima modifica del 21 febbraio 2025 ha posto l'attenzione sulla comunicazione. Il CAPO III, dedicato ai rapporti professionali, all'articolo 12 tratta della COOPERAZIONE E DELLA COLLABORAZIONE. "L' infermiere si impegna a sostenere la cooperazione con i professionisti coinvolti nel percorso di cura. Adotta comportamenti leali e collaborativi con i colleghi e con le altre figure professionali, riconoscendo e valorizzando il loro specifico apporto». Il CAPO V dedicato alla comunicazione, articolo 30 che tratta dei VALORIE DEI COMPORTAMENTI NELLA COMUNICAZIONE. «L'infermiere utilizza la comunicazione, compresa quella digitale, in modo etico, chiaro e responsabile, ricercando il dialogo e il confronto al fine di costruire un dibattito costruttivo. Si comporta con correttezza, rispetto, trasparenza e veridicità. Tutela la riservatezza della persona assistita e si astiene da modalità espressive che possano ledere le persone, le istituzioni, il decoro e l'immagine professionale. Nel 2010 l'O.M.S. ha pubblicato uno studio dove si dimostra l'utilità della comunicazione efficace.

Il «QUADRO DI RIFERIMENTO PER L'AZIONE SULL'EDUCAZIONE INTERPROFESSIONALE (IPE) E LA PRATICA COLLABORATIVA (CP)» è utilizzabile sia in reparto che in sala operatoria ed ha come obiettivo di migliorare la qualità dell'assistenza, ottimizzare le risorse umane, rispondere ai bisogni complessi. Per attuare il quadro è necessario sviluppare competenze: lavorare con rispetto e integrità, chiarezza sui ruoli di ogni professionista, COMUNICARE IN MODO EFFICACE, partecipare attivamente alle decisioni. Il documento agisce come una «chiamata all'azione» per integrare l'educazione interprofessionale in tutti i servizi sanitari, spostando l'approccio da una cura centrata sulla singola professione a una cura centrata sul paziente. Avviandosi alla conclusione della relazione che coincide anche con la chiusura dei lavori la Dr.ssa sottolinea come la prevenzione e il riconoscimento tempestivo delle complicanze anestesologiche sono essenziali per garantire la sicurezza del paziente. La stretta collaborazione tra anestesista e infermiere di anestesia è fondamentale in questo processo. Una comunicazione efficace, un'attenzione costante e una formazione adeguata, sono gli strumenti chiave per affrontare le sfide che possono presentarsi in sala operatoria.

AUTORI

La Greca Mattia -Responsabile e Coordinatore Comitato Scientifico AICO Calabria (Triennio 2025-2027) -Dipendente AOU R. Dulbecco (Catanzaro) – Blocco Operatorio di Ginecologia ed Ostetricia

**Ciampà Cinzia- Membro Comitato Scientifico AICO Calabria (Triennio 2025-2027) –
Dipendente ASP Crotone -SAR Servizio di Anestesia e Rianimazione**

**Stillitano Lidia- Membro Comitato Scientifico AICO Calabria (Triennio 2025-2027) –
Dipendente presso Casa di Cura Caminiti – Villa San Giovanni (RC) – Blocco
Operatorio**

**Vagliante Giulia- Membro Comitato Scientifico AICO Calabria (Triennio 2025-2027)
– Dipendente AO “Annunziata” di Cosenza -Blocco Operatorio**

**Musolino Daniele-Relatore Congresso AICO Calabria e socio AICO Calabria-
Dipendente AOU R. Dulbecco (Catanzaro)- Blocco Operatorio**

**Citriniti Gabriela- Relatore Congresso AICO Calabria -Dipendente AOU R. Dulbecco
(Catanzaro)- Blocco Operatorio**

**Panetta Simone Mose’ – Membro comitato scientifico AICO Calabria (Triennio
2025-2027) – Dipendente Casa di cura Villa Serena (CZ)- Camera Operatoria**