



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di medicina e chirurgia

Dipartimento di medicina

Corso di laurea in infermieristica

INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE DELLA PAZIENTE
SOTTOPOSTA A CHIRURGIA ROBOTICA: QUESTIONARIO
ALLA DIMISSIONE E A TRENTA GIORNI

Relatore: Dott. Dorizzi Carlo

Correlatore: Dottoressa Andreotti Sofia

Laureando: Facco Giorgia

(matricola n.: 1226680)

Anno Accademico 2021-2022

ABSTRACT

Introduzione: La chirurgia robotica mininvasiva trova grande applicazione in ambito ginecologico. Essa, infatti, viene preferibilmente adoperata perché vantaggiosa per la paziente sia in termini di riduzione dello stress chirurgico che nei tempi di recupero. Come tecnica all'avanguardia per la medicina, la chirurgia robotica deve essere compresa e conosciuta anche dall'infermiere.

L'infermiere partecipa al processo assistenziale anche attraverso l'informazione e l'educazione della paziente.

Obiettivo: Questo progetto propone un'indagine valutativa sulla qualità e quantità di informazioni trasmesse dall'infermiere alla paziente.

Materiali e metodi: durante il periodo osservazionale stabilito, che va dal 25/07/2022 al 03/10/2022, è stato somministrato un questionario a risposta multipla ad un campione di 12 donne. Ciascuna di loro ha risposto ai dieci quesiti, selezionando una tra sei opzioni per ciascun quesito in una scala da "Pienamente" a "Per Nulla", con l'aggiunta di "Non saprei", per permettere alle pazienti selezionate un giudizio di indifferenza. Sono state svolte "interviste dirette", in reparto di degenza il giorno della dimissione a sei membri del campione ed "interviste indirette", svolte telefonicamente, a tutti i membri del campione.

Conclusioni: Dalla raccolta delle risposte ottenute si evince che le pazienti del campione sono soddisfatte delle informazioni e dell'educazione ricevuta dal personale sanitario in particolare infermieristico dal momento che la moda statistica di ciascuna risposta è sempre risultata "Pienamente". L'infermiere quindi si adopera sufficientemente come informatore ed educatore dando un importante contributo alla buona riuscita della pratica clinica.

Key words: patient education, patient satisfaction, postoperative questionnaire, gynecological surgery

Parole chiave: educazione del paziente, soddisfazione del paziente, questionario post-operatorio, chirurgia ginecologica

INDICE

Introduzione	pag.3
1. CAPITOLO I: DECRIZIONE DEL PROBLEMA	pag.5
1.1 Origine del lavoro	pag.6
1.2 Scopo di ricerca	pag.7
1.3 Il ruolo dell'infermiere	pag.7
1.4 Soddisfazione delle pazienti	pag.8
1.5 Il questionario paziente QP	pag.8
1.6 Raccolta dati ed elaborazione	pag.9
2. CAPITOLO II: QUADRO TEORICO	pag.11
2.1 Rilevanza per la professione	pag.11
2.2 Evidence Based Nursing	pag.11
2.3 Indagine di tesi	pag.12
3. CAPITOLO III: SCOPO DELLO STUDIO	pag.15
3.1 I quesiti di ricerca	pag.15
3.2 Il protocollo ERAS	pag.16
3.3 ERAS in ambito ginecologico	pag.17
3.4 Applicazione del questionario QP	pag.18
4. CAPITOLO IV: MATERIALI E METODI	pag.19
4.1 Svolgimento del lavoro	pag.19
4.2 Raccolta dei dati	pag.21
4.3 Compilazione del QP	pag.21
4.4 Organizzazione del lavoro	pag.22
5. CAPITOLO V: RISULTATI DELLA RICERCA	pag.23
5.1 Elaborazione dei risultati	pag.23
5.2 Analisi dei dati	pag.24
5.3 Risultati in rapporto a quesiti ed ipotesi	pag.25
6. CAPITOLO VI: DISCUSSIONE E CONCLUSIONE	pag.27
6.1 Interpretazione dei risultati	pag.27
6.2 Limiti dello studio	pag.27
6.3 Raccomandazioni per gli studi futuri	pag.28
Bibliografia e sitografia	pag.29

INTRODUZIONE

Lo scorso anno accademico si è svolta l'attività seminariale di ginecologia ed ostetricia che ha permesso di studiare e far apprezzare un ambito sanitario in cui le cure sono riservate alla donna. In quanto tale, ho potuto comprendere i meccanismi fisiologici e pratici che vedono anche il mio essere protagonista e ho voluto approfondire le mie conoscenze in merito agli interventi preventivi e assistenziali per il benessere femminile. Il periodo che si è potuto trascorrere da tirocinante nel gruppo operatorio dell'ospedale di Camposampiero ha dato la possibilità di comprendere i processi di assistenza che accompagnano una paziente malata nel cercare di raggiungere uno stato di salute e il lavoro dei professionisti che stanno dietro alla realizzazione dello stesso. Qui si è potuto vedere che esistono diverse metodologie di programmazione del lavoro nonostante l'*outcome* sia comune: la salute.

Nella messa in atto degli interventi programmati il professionista valuta il miglior metodo di realizzazione.

Per quanto riguarda l'ambito ginecologico la chirurgia robotica o computer assistita è, in molti casi, la miglior tecnica di *problem solving* per la paziente.

CAPITOLO I: DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Per chirurgia robotica si intende una tecnica chirurgica mini-invasiva che attraverso l'utilizzo di robot permette di operare con estrema precisione anche sedi anatomiche difficili da raggiungere.

I vantaggi della chirurgia robot-assistita sono:

- piccole incisioni con riduzione del traumatismo tissutale;
- minore sanguinamento e minore necessità di trasfusioni;
- riduzione della degenza e del dolore post-operatorio;
- riduzione dei tempi di recupero;
- più rapida ripresa nello svolgimento delle attività quotidiane;
- maggiore facilità nell'esecuzione delle manovre chirurgiche complesse;

maggiore sicurezza per il paziente

In tutto il mondo, dal 1999, le maggiori strutture sanitarie si sono dotate di sistemi chirurgici robotici per incrementare l'offerta dei servizi ai cittadini e la possibilità di trattamento minimamente invasivo a un numero sempre maggiore di pazienti. Secondo il periodico "Sanità Informazione", in tutto il mondo risultano installati 4400 robot e dopo gli USA, con 2862 robot, c'è l'Europa, con 742. L'Italia può contare sull'ausilio di 122 robot Da Vinci.

Il "Da Vinci" è il più evoluto sistema robotico per la chirurgia miniminvasiva. Le sue caratteristiche tecniche fanno sì che il robot trovi diverse applicazioni dall'urologia alla ginecologia, dalla chirurgia toracica alla chirurgia generale.

Sono tre le regioni italiane in cui il "robot Da Vinci" trova la sua massima applicazione: Lombardia, Toscana e Veneto, ma nel corso degli ultimi anni questo prodotto della più elevata tecnologia viene impiegato in decine di ospedali in tutta Italia, che oggi raggiunge la Francia come leader in questo campo.

I dati raccolti dal San Pio X, "Humanitas" di Milano evidenziano che a livello mondiale è la ginecologia l'ambito di maggior impiego della chirurgia robotica ed in particolare l'isterectomia robotica è la procedura maggiormente effettuata nel mondo con il sistema Da Vinci.

La chirurgia robotica ginecologica risulta essere un'unione della chirurgia tradizionale laparotomica (movimenti semplici, precisi e sicuri, ma con ampie incisioni addominali per accedere allo scavo pelvico) con la chirurgia laparoscopica (piccole incisioni per

raggiungere il sito da operare). Tutto questo richiede una completa preparazione in materia da parte del medico.

1.1 Origine del lavoro:

Il mondo della Sanità coinvolge tutti noi. In modo diverso ci si tiene aggiornati sulle ultime scoperte della medicina, utili a semplificare e risolvere problemi di salute fino a quel momento irrisolvibili o poco trattati. La ricerca scientifica, infatti, procede con lo scopo di scoprire, interpretare e revisionare fatti e eventi.

Se un cittadino è libero di scegliere se tenersi aggiornato o meno sulle evidenze scientifiche in materia di salute e sicurezza, un infermiere, come professionista della sanità, è tenuto a farlo. Il codice deontologico dell'infermiere nel suo articolo 10 enuncia che il professionista è tenuto a rimanere aggiornato con studio e ricerca di conoscenze validate dalla comunità scientifica al fine di orientare il proprio agire al bene dell'assistito. Oltre a ciò, un infermiere è tenuto ad informarsi per poter trasmettere, sia alla propria pratica clinica che ai pazienti in carico, nozioni utili a comprendere benefici e rischi, partecipando così al programma di Educazione Continua in Medicina (ECM)

L'ECM è il processo attraverso il quale il professionista della salute si mantiene aggiornato per rispondere ai bisogni dei pazienti, alle esigenze del Servizio Sanitario e al proprio sviluppo professionale. I professionisti sanitari hanno l'obbligo deontologico di mettere in pratica le nuove conoscenze e competenze per offrire un'assistenza qualitativamente utile. Questo è quanto descritto dall'AGENAS, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, Ministero della Salute.

Gli interventi in robotica in quanto avanguardia tecnologica in campo medico-sanitario, risultano essere una fonte di miglioramento, supporto e ricerca per il lavoro di un infermiere.

Secondo l'art.9 del Codice Deontologico "l'infermiere riconosce il valore della ricerca scientifica e della sperimentazione. Elabora, svolge e partecipa a percorsi di ricerca in ambito clinico assistenziale, organizzativo e formativo, rendendone disponibili i risultati".

1.2 Scopo di ricerca:

L'infermiere, con l'aumento della rilevanza e dell'impiego dei robot nella Sanità, ha dovuto informarsi per educare l'utenza sottoposta a questo tipo di interventi.

Ecco perché questo progetto di ricerca è volto ad indagare la qualità e quantità di informazioni a scopo educativo trasmesse a pazienti sottoposti a chirurgia robotica, nel caso specifico di interventi ginecologici. Si è analizzato se il ruolo di educatore/informatore è adempiuto a dovere dall'infermiere e se l'infermiere risulta davvero utile al miglioramento della pratica clinica, attraverso la compilazione di un questionario che permetteva alle pazienti di definire il proprio livello di soddisfazione.

1.3 Il ruolo dell'infermiere:

Nel caso di un intervento chirurgico l'infermiere deve accompagnare la paziente nella fase di prevenzione, peri-operatoria, cura, intraoperatoria e riabilitazione postoperatoria, garantendo le migliori prestazioni tecnico assistenziali, utilizzando le evidenze scientifiche in materia e rispettando i principi fondamentali di Bioetica. L'infermiere si fa carico di essere fautore di “*Nursing*”, assistenza infermieristica, ovvero quel processo di accompagnamento di una paziente che in questo caso deve essere operata, seguendola attraverso le fasi come collaboratore e promotore alla salute. L'infermiere per conoscere la paziente si serve *in primis* dell'accertamento; deve conoscere le metodiche di intervento per poterle spiegare e conoscere le preferenze dell'utenza per poterle far coincidere al meglio con le evidenze scientifiche della buona pratica lavorativa. Per far sì che ciò avvenga l'infermiere cerca di instaurare con la paziente un'alleanza terapeutica che determina compartecipazione tra utente e professionista. L'utente si serve delle sue capacità per raggiungere il prima possibile uno stato di salute e l'infermiere mette in atto degli interventi sull'utente per incentivare il suo stato di salute, servendosi delle competenze acquisite. Uno di questi interventi è l'educazione.

Secondo l'enciclopedia "Treccani", l'educazione è un processo volto allo sviluppo e alla formazione di conoscenze e facoltà mentali, sociali e comportamentali in un individuo, finalizzato all'acquisizione di informazioni, nozioni utili o addirittura indispensabili alla comprensione di un determinato fenomeno. Questo permette che l'individuo benché si affidi alle competenze tecnico-professionali del personale sanitario formato, lo faccia in maniera consenziente perché consapevole ed educato, proprio dalla figura dell'infermiere.

1.4 Soddisfazione delle pazienti:

Il metodo ritenuto più chiaro per comprendere se l'infermiere svolge adeguatamente il ruolo di educatore e informatore è chiederlo ai pazienti. È stato selezionato un campione di donne sottoposte ad intervento ginecologico con tecnica robot assistita ed è stato chiesto loro di compilare un questionario a risposta multipla sul grado di soddisfacimento raggiunto post-intervento. Essendo la "soddisfazione", per definizione, un'adeguazione piena alla misura di una richiesta, implica che il personale sanitario, in particolare infermieristico, che ha avuto in carico una paziente, sia stato in grado di rispondere in maniera completa ad esigenze e quesiti qualora emersi in fase di degenza e alla dimissione.

1.5 Il questionario paziente QP:

Il questionario paziente, in seguito chiamato QP, è stato elaborato sulla base di una ricerca nelle banche dati e riviste scientifiche che ha portato alla selezione di due questionari validati, SSQ-8 e QoR-15 nelle parti A e B. È stato quindi creato un elaborato la cui compilazione è stata proposta ai membri del campione selezionato che in maniera volontaria hanno risposto alle domande in forma scritta o tramite contatto telefonico. Il questionario è stato proposto in fase di dimissione e/o a trenta giorni dall'intervento chirurgico per permettere alle pazienti di potersi creare un'opinione sufficiente del trattamento ricevuto, prima di selezionare una risposta e soprattutto senza i condizionamenti che una degenza può comportare.

Il questionario si compone di due parti:

- a. Informazioni generali: richiede età, scolarità, professione e residenza, garantendo la forma anonima
- b. Assistenza: si compone di 10 quesiti a risposta multipla: “Pienamente”, “Discretamente”, “Sufficientemente”, “Solo in Parte”, “Per nulla”, “Non saprei”.

Indaga il soddisfacimento raggiunto per informazioni ricevute, trattamento del dolore ed indirettamente valuta la *compliance* dell’utenza

Nella selezione delle pazienti si è scelto di procedere utilizzando come criteri inclusivi la partecipazione volontaria, l’assenza di disturbi psichici conclamati e l’essersi sottoposte ad intervento ginecologico con tecnica computer/robot-assistita presso l’ente pubblico Ospedali riuniti Padova Sud, Madre Teresa di Calcutta di Schiavonia.

1.6 Raccolta dati ed elaborazione

Per la raccolta dati è stato programmato un periodo di tirocinio nei reparti di Week/Day Surgery o chirurgia pluri-specialistica dell’Ospedale Madre Teresa di Calcutta che accoglievano le pazienti, membri del campione, durante la degenza. Alcune delle pazienti sono state intervistate il giorno della dimissione in reparto e proposta loro la compilazione del QP da ripetersi a trenta giorni, tramite contatto telefonico. Altre, selezionate dai registri operatori, hanno eseguito la compilazione esclusivamente a trenta giorni, tramite telefonata.

È stato intervistato un numero di pazienti ritenuto significativo per il progetto e in seguito sono state raccolte le loro risposte per ciascuna compilazione. I feedback ricevuti sono stati riportati nel questionario tradotto in forma cartacea. I dati ottenuti sono stati confrontati tra loro, valutando eventuali *gap* di risposta tra una compilazione e l’altra della stessa paziente avvenuta a distanza di tempo. Questi dati sono stati a loro volta confrontati con il riscontro ottenuto dalla porzione di campione intervistata esclusivamente a trenta giorni. Sulla base della comparazione e della maggioranza di *outcome* ottenuti si è potuta definire l’opinione dell’utenza e quindi se il ruolo dell’infermiere come educatore ed informatore risultasse cardine tra medico e paziente ed importante per il raggiungimento di una soddisfazione quindi della buona riuscita del processo assistenziale.

CAPITOLO II: QUADRO TEORICO

2.1 Rilevanza per la professione

La professione infermieristica si evolve continuamente per mezzo di innovazioni di carattere formativo, legislativo, tecnologico e scientifico. La tecnologia robotica è un'innovazione in ambito medico-sanitario e quindi un'evoluzione per il lavoro di un professionista sanitario.

L'infermiere è un professionista sanitario che fornisce assistenza lavorando a diretto contatto con la paziente che esprime bisogni e problemi.

Hildegard Peplau in “*Interpersonal Relation in Nursing*” definisce *il nursing* un “significativo processo terapeutico interpersonale; un rapporto tra individuo malato e bisognoso ed infermiere professionalmente preparato a riconoscere tali bisogni e rispondere con l'aiuto adeguato al paziente”.

Un aiuto adeguato sta ad indicare il *caring* della paziente, ovvero una presa in carico olistica della persona in tutti i suoi bisogni e problemi, non solo per la malattia organica che lo affligge. È necessario che l'infermiere agisca sulla base del proprio livello di competenza e talvolta ricorra, se necessario, alla consulenza e all'intervento di infermieri esperti o specialisti (art.13, codice deontologico dell'infermiere, 2019). L'infermiere deve garantire pertanto le migliori prestazioni possibili alla paziente che prende in carico.

2.2 Evidence Based Nursing

Per condurre un processo assistenziale, volto a rispondere alle richieste d'aiuto, oltre alla pratica clinica, organizzazione e ricerca, l'infermiere si serve dell'educazione. Educare il paziente vuol dire renderlo consapevole e partecipe del processo che lo vede protagonista.

Secondo la letteratura scientifica infatti l'educazione della paziente, nel caso specifico sottoposta ad intervento ginecologico con tecnica robot-assistita, risulta essere fondamentale per ridurre l'ansia, aumentare la sensazione di padronanza della situazione e incrementare *la compliance*.

A tal proposito uno studio sperimentale di Luisa Luciani Castiglia propone l'adozione di un opuscolo informativo sulla progettazione dell'educazione delle pazienti sottoposte ad intervento robotico affinché siano preparate e coscienti in tutto e per tutto

L'esito di tale studio è il raggiungimento di una maggiore consapevolezza delle pazienti circa il proprio stato clinico. Nonostante il buon esito, tale studio dichiara avere come limite la non individualità delle informazioni trasmesse. La scelta di raccogliere una certa quantità di informazioni in un opuscolo limita la specificità delle informazioni e quindi un'assistenza personalizzata.

L'articolo "*Are women adequately informed before gynaecological surgery?*" (Sono le donne adeguatamente informate prima di un intervento ginecologico), afferente all'educazione, afferma che pazienti più informate sono pazienti più soddisfatte.

Somministrando un questionario pre-operatorio alle pazienti membri dello *Swedish National Register for Gynaecological Surgery* è emerso che le informazioni trasmesse sono poche e pertanto l'attività educativa deve essere implementata.

Uno degli aspetti a cui l'assistenza infermieristica deve far fronte è il dolore. Esso, per quanto soggettivo e/o oggettivo, dal punto di vista del paziente è un fattore determinante il buon esito o meno di un intervento; ecco perché parte dell'educazione infermieristica deve essere finalizzata al trattamento e alla gestione del dolore con tecniche farmacologiche e no.

Uno articolo pubblicato sulla rivista scientifica *Journal of Clinical Nursing*, Yang (2020), esamina il rapporto infermiere-paziente al fine di valutare se l'aspetto del dolore è sufficientemente trattato dal personale infermieristico. Anche qui si evince che le informazioni trasmesse in merito debbano essere implementate.

2.3 Indagine di tesi

A tal proposito, questa tesi sceglie di valutare le informazioni e l'educazione trasmesse alle pazienti sottoposte ad intervento chirurgico ginecologico con tecnica robotica, sottoponendo ad un campione selezionato un questionario valutativo della soddisfazione per il trattamento ricevuto in materia di assistenza alla cura di sé, dolore, preparazione fisica ed emotiva all'intervento e al suo post.

Si ipotizza che, raggiungendo un esito, dalla compilazione dei questionari, rappresentante un grado di soddisfazione medio/alto, il ruolo di educatore ed informatore dell'infermiere sia adempiuto a dovere.

Il progetto di tesi prevede quindi l'accertamento del *caring* del paziente, ovvero una considerazione olistica della persona, nei suoi bisogni globali e non solo la malattia organica che lo affligge.

Per poter educare, l'infermiere prima deve far ricerca e documentarsi.

Essendo la chirurgia robotica una metodica all'avanguardia richiede il progredire anche delle competenze in materia; ecco che l'infermiere è tenuto ad aggiornarsi e basarsi sulle migliori evidenze scientifiche.

Questo studio, analizzando l'opinione dell'utenza, si propone di valutare indirettamente anche la preparazione del personale. Un campione di pazienti che risulta pienamente o adeguatamente soddisfatto del trattamento ricevuto rispecchierebbe un personale informato ed esaustivo in *problem solving*.

CAPITOLO III: SCOPO DELLO STUDIO

Questa tesi ha lo scopo di indagare se l'infermiere si adopera sufficientemente per fare educazione sanitaria.

L'educazione ha come scopo la comprensione, cioè l'acquisizione di una capacità valutativa sulla base di conoscenze.

Affinché ci sia comprensione è fondamentale per l'infermiere adottare un linguaggio chiaro e semplice, spiegare i fatti in maniera completa, essere disponibile e pronto a rispondere ad eventuali quesiti e/o dubbi, dare nozioni corrette e aggiornate.

3.1 I quesiti di ricerca

P	E	O
paziente sottoposta ad intervento chirurgico ginecologico	Intervento computer guidato, tecnologia robotica	educazione ed informazione da parte dell'infermiere

- a) Una paziente sottoposta ad intervento chirurgico ginecologico con tecnologia robotica, computer guidata, è sufficientemente informata ed educata dalla figura dell'infermiere?

P	I	O
l'infermiere	educa ed informa i pazienti	consapevolezza e preparazione dell'utenza

- b) L'infermiere educa ed informa i pazienti al fine di renderli consapevoli e preparati?

P	E	C	O
pazienti sottoposte ad intervento chirurgico ginecologico con tecnica robotica	educate ed informate dall'infermiere	pazienti non educate e non informate dall'infermiere	soddisfazione del risultato ottenuto

- c) Pazienti sottoposte ad intervento chirurgico ginecologico con tecnica robotica educate ed informate dalla figura dell'infermiere sono pazienti più soddisfatte dell'*outcome* ottenuto rispetto a pazienti non educate e non informate?

Sono questi i quesiti d'indagine che si sviluppano in tesi e a cui si è cercato di dare riscontro attraverso le risposte qualitative selezionate dalle pazienti nella compilazione del questionario paziente (QP).

3.2 Il protocollo ERAS

Gli interventi chirurgici con tecnica robot-assistita seguono i protocolli ERAS (*Enhanced Recovery After Surgery*, un programma di assistenza pre, intra e post-intervento operatorio) che hanno l'obiettivo di assicurare al paziente operato un veloce recupero.

Gli elementi chiave del protocollo ERAS sono:

- sostituzione del digiuno preoperatorio con l'assunzione di bevande a base di carboidrati 2 ore prima dell'intervento;
- scelta di un approccio minimamente invasivo anziché l'effettuazione di larghe incisioni;
- un'ottimale gestione dei fluidi;
- il non posizionamento di drenaggi o la loro rapida rimozione;
- una mobilizzazione precoce e l'assunzione di liquidi e cibi il giorno dell'intervento;
- controllo del dolore

Il protocollo prevede il coinvolgimento di più figure sanitarie, tra cui l'infermiere che fornisce informazioni circa le varie fasi e/o procedure del programma.

Per quanto riguarda l'ambito ginecologico, è stato svolto uno studio prospettico, pubblicato in "The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology", che riporta l'elaborazione di un progetto condotto su un campione di pazienti sottoposte ad intervento ginecologico, per patologia oncologica, attraverso la somministrazione del questionario "EORTC IN – PATSAT32" finalizzato alla valutazione della loro soddisfazione post trattamento secondo ERAS. I risultati dello studio riflettono un elevato livello di soddisfazione delle pazienti e quindi il successo dello svolgimento di interventi secondo protocollo sopra indicato.

3.3 ERAS in ambito ginecologico

Nel 2020 è stato svolto uno studio controllato randomizzato a cluster - *stepped wedge* - sull'implementazione del protocollo ERAS nella gestione perioperatoria delle pazienti sottoposte a isterectomia per patologia ginecologica benigna o per neoplasie del collo-corpo dell'utero in Regione Piemonte. Uno studio del progetto EASY-NET promosso ASO Santa Croce e Carle di Cuneo SC Ostetricia e Ginecologia. (*allegato 1*) Secondo tale studio in ambito ginecologico la strategia ERAS prevede:

- un accurato colloquio con la paziente nel perioperatorio volto all'interruzione del fumo ed eventualmente delle terapie ormonali;
- la riduzione del digiuno preoperatorio;
- l'omissione della preparazione intestinale;
- la profilassi del tromboembolismo;
- una corretta profilassi antibiotica;
- la prevenzione dell'ipotermia intraoperatoria;
- l'euvolemia perioperatoria;
- la prevenzione della nausea e del vomito postoperatorio;
- un uso molto limitato del sondino nasogastrico;
- la rimozione precoce del catetere urinario;
- un'analgesia multimodale per ridurre al minimo il consumo di oppiacei;
- la mobilitazione precoce postoperatoria;

- la nutrizione precoce nel post-operatorio, per favorire una rapida ripresa delle funzioni gastrointestinali;

Una recente pubblicazione del *Royal College of Obstetricians and Gynecologists* esamina i principali elementi della gestione ERAS e conclude che tali programmi offrono cure perioperatorie sicure e di alta qualità, e dovrebbero diventare una pratica standard per tutte le donne sottoposte a chirurgia ginecologica elettiva.

Lo studio ovviamente si basa sul presupposto che il personale sanitario sia informato in materia ERAS e che sia capace, pertanto, di trasmettere all'utenza quelle competenze utili alla sua realizzazione.

Al fine di comprendere il successo o meno dello studio condotto, gli autori hanno somministrato due questionari valutativi, SSQ-8 e QoR-15 nelle parti A e B, volti a raccogliere l'opinione delle pazienti sottoposte ad intervento chirurgico secondo la loro soddisfazione.

3.4 Applicazione del questionario QP

Sulla base della ricerca scientifica e dello studio sopra citato (3.3) è stato realizzato lo strumento valutativo, oggetto di questa tesi. Sottoponendo ad indagine il ruolo di educatore ed informatore svolto dall'infermiere è stato selezionato un campione di donne sottoposte ad intervento ginecologico con tecnica robotica, operate presso il presidio ospedaliero Madre Teresa di Calcutta, Schiavonia con il fine di raccogliere la loro opinione sulla qualità e quantità d'informazioni ricevute da parte del personale sanitario, in particolare infermieristico e quindi la loro soddisfazione o meno nell'essere educate ad affrontare l'intervento chirurgico.

CAPITOLO IV: MATERIALI E METODI

4.1 Svolgimento del lavoro

Per la realizzazione di questo progetto ho svolto un periodo di tirocinio, tra luglio e ottobre 2022, presso i reparti di Week e Day surgery dell'ospedale Madre Teresa di Calcutta e ho avuto la possibilità di prendere parte, come osservatore, agli interventi che hanno visto protagoniste i membri del campione selezionato. Questo campione è frutto della selezione di donne, operate tra luglio e ottobre 2022, per intervento ginecologico con tecnologia robotica presso l'ospedale Madre Teresa di Calcutta di Schiavonia, che hanno dato il loro consenso alla compilazione di un questionario QP. Il campione è stato scelto sulla base dei criteri inclusivi ed esclusivi riportati in TABELLA I.

Alle pazienti, membri del campione, è stato chiesto di compilare in forma anonima il Questionario QP, creato sulla base di questionari già validati e a sua volta reso valido con l'approvazione del progetto di tesi finalizzato alla raccolta dei dati.

il Questionario QP (*allegato 2*) è stato realizzato secondo le linee guida per la Customer Satisfaction (*allegato 3*)

Il QP si realizza in due parti: la prima "informazioni generali" richiede età, nazionalità, comune di residenza, professione, data e reparto di dimissione; la seconda "Assistenza" si sviluppa nei 10 quesiti a risposta multipla. Ciascuna domanda permette di scegliere una risposta tra sei opzioni selezionate. Nel questionario si è adottata una scala a 5+1 valori; le possibili risposte ai quesiti del questionario sono: "Pienamente", "Discretamente", "Sufficientemente", "Solo in parte", "Per nulla, riconoscendo anche l'opzione "non saprei", poiché si è ritenuta la formula più indicata ad evitare i giudizi di indifferenza.

TABELLA I: *Tabella di valutazione dell'eleggibilità del paziente alla compilazione del QP*

Criteri di Eleggibilità	Alta eleggibilità (2 punti)	Media eleggibilità (1 punto)	Bassa eleggibilità (0 punti)
Età in anni	46-75	76-90	20-45
Grado di istruzione	diploma di scuola superiore, laurea	scuola dell'obbligo	illetterato, licenza elementare
Conoscenza della lingua italiana	comprende e parla	comprende ma non parla	non comprende e non parla
Professione	commerciante, dirigente, libero professionista	impiegato, operaio, disoccupato	studente, pensionato, casalinga
Residenza	Provincia di Padova	Veneto	Italia

Totale dei punti di TABELLA I: 10

- *criteri di inclusione assoluti*: donna, essere consenziente, intervento chirurgico ginecologico con tecnica robot-assistita, assenza di disturbi psichici conclamati.
- *criteri di esclusione assoluti*: non donna, non consenziente, non sottoposta ad intervento chirurgico ginecologico con tecnica robot assistita, presenza di disturbi psichici conclamati.

I criteri di esclusione e inclusione assoluti hanno permesso di effettuare una prima scrematura dei membri selezionati per la compilazione. I criteri di eleggibilità hanno permesso la selezione del campione finale.

Sono state scelte pazienti da considerarsi capaci di compilare il QP in forma veritiera e sulla base delle indicazioni fornite. Per questo si è scelto di assegnare un maggior punteggio ai membri che avessero padronanza completa della lingua italiana e un

livello d'istruzione medio-alto. Un impiego professionale di alto livello si è considerato oggetto di maggior cultura e capacità relazionale, nonché capacità critica; la residenza tra Padova e Monselice è un dato rilevante per la conoscenza dell'ospedale Madre Teresa di Calcutta e quindi una propria opinione sulla struttura ed il suo *modus operandi*.

Per quanto riguarda l'età, le pazienti tra 50 e 70 anni, essendo maggiormente coinvolte in interventi ginecologici con tecnologia robotica per incidenza di patologia, sono state considerate maggiormente eleggibili.

Il *cut off*, scelto sulla base dei criteri di eleggibilità, è il voto 5. Dal momento che il punteggio totale, ottenibile dalle *skills* di TABELLA I, è 10 si è considerata eleggibile qualsiasi paziente avesse raggiunto un punteggio almeno pari alla metà del totale.

4.2 Raccolta dei dati

La raccolta dei dati ed il trattamento degli stessi è stata effettuata nel rispetto delle disposizioni di legge previste e assicurando l'osservanza del Codice Etico.

Questo progetto ha ottenuto l'approvazione del Dirigente Medico e direttore del reparto di Week/Day Surgery di Schiavonia e la partecipazione del *team* di reparto.

Durante la conduzione dello studio alle persone coinvolte sono state garantite le seguenti condizioni:

- 1) diritto di essere informate, assicurandosi della comprensione dell'obiettivo dello studio;
- 2) diritto alla privacy ed alla dignità e a dare il consenso al trattamento dei dati (D.lgs. 196/2003);
- 3) diritto all'innominato;
- 4) diritto alla non partecipazione;

4.3 Compilazione del QP

La compilazione dei questionari è avvenuta in due modalità: sono state definite “interviste dirette” quelle svolte nei reparti dell'ospedale il giorno della dimissione e “interviste indirette” quelle svolte per via telefonica a trenta giorni dalla dimissione e/o una volta che la paziente fosse rientrata al domicilio.

Le interviste dirette si sono svolte fornendo una copia cartacea del QP, le interviste indirette si sono svolte telefonicamente: le risposte ai quesiti sono state da me annotate sul QP.

Si è scelta la modalità telefonica per le interviste indirette perché avrebbe permesso alle pazienti di essere sciolte dai condizionamenti dell'ambiente ospedaliero e avrebbe permesso un accesso immediato all'utente quindi ai dati.

Uno studio trial controllato randomizzato, "Outpatient Visits Versus Telephone Interviews for Postoperative Care", evidenzia che la telefonata, come metodo di *follow up* nella presa in carico della paziente per il post-operatorio, non è meno valida di una visita ambulatoriale. Le donne sottoposte ad intervento di chirurgia pelvica, campione dello studio, sono state divise in due gruppi, uno contattato telefonicamente e l'altro visitato di persona.

Ai membri di entrambi i gruppi un'infermiera ha chiesto di compilare dei questionari:

- S-CAHPS questionnaire per la valutazione dell'esperienza del paziente in termini di informazioni ricevute, comunicazione e qualità dello staff;
- PFDI-20, Pelvic Floor Disability Index, specifico per la sintomatologia correlata all'intervento;
- scala di valutazione del dolore;

Sulla base degli esiti è risultata una pari soddisfazione dei gruppi per trattamento ricevuto e presa in carico da parte del personale medico/infermieristico.

4.4 Organizzazione del lavoro

Ad ogni membro del campione, sia fisicamente che telefonicamente, prima di annotare le risposte su QP, sono state spiegate le modalità di compilazione, la finalità del progetto ed è stato garantito l'anonimato nonché il rispetto nel trattamento dei dati sensibili. Le opzioni selezionate sono state raccolte in un foglio di lavoro "EXCEL". (*allegato 4*) che ha permesso il calcolo e l'elaborazione dei risultati.

Sulla base di questi sono stati realizzati dei grafici a chiarimento e semplificazione degli obiettivi raggiunti.

CAPITOLO V: RISULTATI DELLA RICERCA

5.1 Elaborazione dei risultati

Dal reparto di Week/Day Surgery di Schiavonia sono state selezionate le pazienti che dal 25 Luglio 2022, data di rilascio dell'autorizzazione alla raccolta dati per questo progetto, al 3 Ottobre 2022 sono state sottoposte ad intervento chirurgico ginecologico con tecnica robot assistita. Seguendo i registri operatori, di settimana in settimana, è stata proposta alle pazienti operate la compilazione del QP. In base ai consensi ottenuti si è raccolto un campione di 12 donne.

Il foglio di lavoro EXCEL (4.4), da ora EX., si divide in righe e colonne: le righe raccolgono i criteri valutativi del campione, le colonne identificano i membri, assegnando loro un numero progressivo.

I risultati sono stati distribuiti da sinistra a destra in ordine cronologico, identificando ciascun membro del campione per informazioni generali ed assistenza, come prevede il QP (1.5).

La compilazione di EX. raccoglie le 10 risposte a quesiti suddividendole in a e b.

Le risposte a identificano la prima o unica intervista cui le pazienti si sono sottoposte; le risposte b identificano le risposte delle pazienti che si sono sottoposte una seconda volta all'intervista, a trenta giorni dall'intervento. Le pazienti che presentano una sola compilazione l'hanno eseguita solo telefonicamente. Le pazienti che hanno risposte a e b sono state intervistate prima fisicamente e poi telefonicamente.

Su un numero di 12 pazienti totali, 6 hanno dato la loro disponibilità ad una duplice compilazione.

5.2 Analisi dei dati

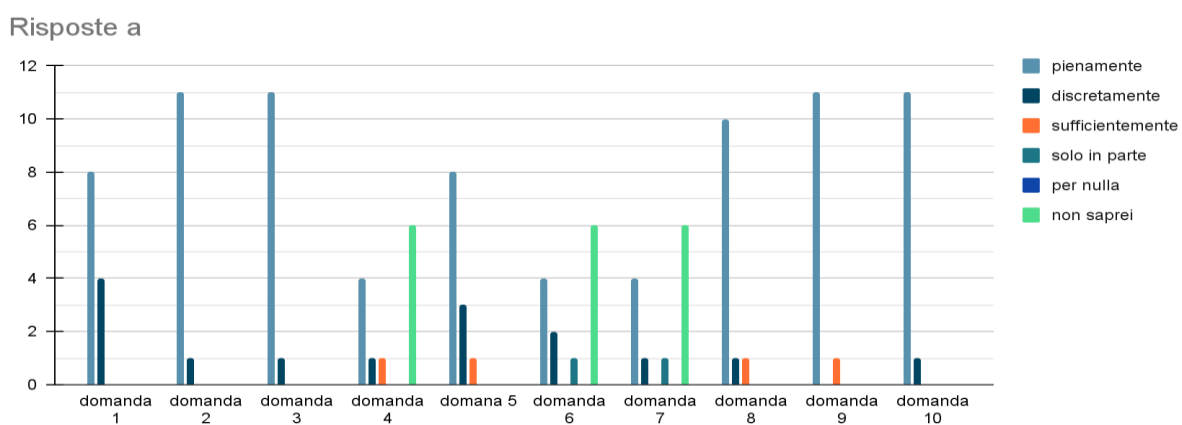
Una volta raccolti tutti i dati delle compilazioni, servendosi di EX., ove possibile, sono state calcolate moda e media aritmetica, da cui si evince:

TABELLA II: *Tabella moda e media*

Campione di 12 pazienti	Moda	Media aritmetica
età	74 anni	62 anni
residenza	Padova	
scolarità	sc.obbligo	
professione	pensionata	
eleggibilità	8/10	7.75/10

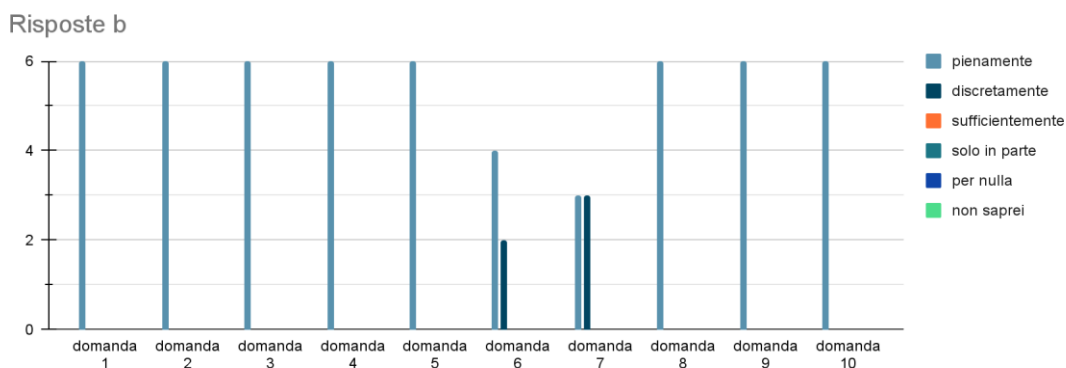
Per poter valutare i risultati ottenuti dalle compilazioni di QP, sono stati creati due istogrammi. Essi riportano l'andamento delle preferenze, espresse dal campione, quesito per quesito.

Si è scelto di titolare i due grafici "Risposte a" e "Risposte b", riconoscendo nell'asse delle ordinate il numero di utenti e nell'asse delle ascisse i quesiti che compongono il QP, identificando con diversi colori le opzioni di risposta.



Dal grafico “Risposte a” si può dedurre che sono state selezionate solo 5 opzioni di risposta su 6 proposte dal QP, escludendo “per nulla”. In alcuni quesiti l’utenza ha scelto di rispondere “Non Saprei”. Questa opzione, come è descritto in EX, è stata selezionata dalle pazienti per cui si è prevista una seconda intervista a distanza di tempo. Le pazienti in questione si sono riservate di esprimere la propria opinione solo nella seconda compilazione (Risposte b) dal momento che i quesiti, di QP, numero 4, 5 e 7 riguardano principalmente il recupero post-operatorio dopo la dimissione ospedaliera.

Nonostante un giudizio di sola sufficienza, il grafico evidenzia che l’opzione maggiormente selezionata è “Pienamente” ad indicazione che il livello di soddisfazione raggiunto dal campione, per le informazioni e l’educazione ricevuta dal personale sanitario, in particolare infermieristico è elevato.

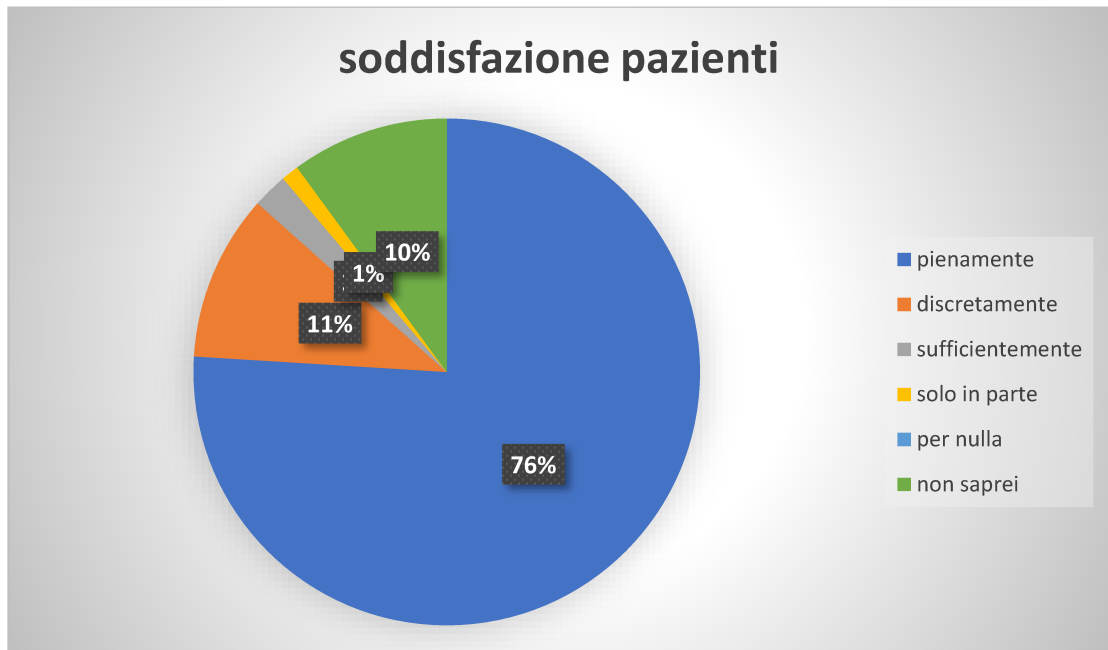


Dal grafico “Risposte b” si deduce che sono state selezionate solo due opzioni di risposta, “Pienamente” e “Discretamente”. Si può quindi constatare che le sei pazienti intervistate una seconda volta hanno espresso solo giudizi più che positivi per il trattamento ricevuto.

5.3 Risultati in rapporto a quesiti ed ipotesi

Dalla lettura degli istogrammi (5.2) è stato elaborato un grafico a torta che permettesse di avere lettura immediata del risultato ottenuto dalle interviste dirette ed indirette. Il grafico “soddisfazione pazienti” è stato sviluppato raccogliendo le selezioni di risposta scelte dai membri del campione. Sono state suddivise le fette del grafico in base al numero di volte che un’opzione di risposta, tra le 6 proposte dal QP, in una scala da “Pienamente” a “Per nulla”, fosse scelta dal campione come preferita.

Raccogliendo entrambe le compilazioni, risposte a e risposte b, sono state calcolate le percentuali per ciascuna opzione di risposta in relazione al totale del campione (12 donne= 100%).



È evidente che l'opzione maggiormente selezionata sia "Pienamente".

Secondo il dizionario internazionale italiano "De Mauro" il termine "Pienamente" significa completamente, senza alcuna deficienza o riserva.

È chiaro che questa può definirsi la risposta ai quesiti di ricerca posti in esame. (3.1)

CAPITOLO VI: DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

6.1 Interpretazione dei risultati

La realizzazione dei grafici (5.2 e 5.3) ha permesso di avere una lettura visiva ed immediata del fenomeno osservato. Sottoponendo i 10 quesiti di QP, in particolare n°2 e n°8, ai membri del campione è stato chiesto di rispondere, selezionando l'opzione che maggiormente descrivesse il grado di soddisfazione raggiunto. Dai risultati ottenuti si evince che l'infermiere si adopera sufficientemente come educatore ed informatore e che questo suo ruolo è fondamentale nel raggiungimento del buon esito dell'intera pratica assistenziale. L'infermiere ha fornito informazioni ed educato i membri del campione al fine di renderli consapevoli e partecipi.

Come i risultati mostrano, il campione di partecipanti non ha espresso giudizi negativi circa il trattamento ricevuto dal personale sanitario, in particolare infermieristico.

Come suggerito dallo studio di Luisa Luciani Castiglia (2.2), il successo del progetto si è ottenuto perché il campione ha dimostrato di essere "a proprio agio" e quindi di "sentirsi bene" perché preparato attraverso la trasmissione di informazioni scelte e poi integrate ad interventi educativi. Un dato fondamentale da tenere in considerazione è che non è stata valutata la tipologia di informazioni ed interventi attuati dal personale sanitario ma che quelli svolti fossero sufficienti al raggiungimento dell'*outcome* e che dietro loro fosse riconosciuto l'infermiere come artefice.

6.1 Limiti dello studio

I limiti che questo studio sperimentale ha incontrato sono:

- 1) il periodo di sperimentazione: perché si potessero generalizzare i risultati ottenuti sarebbe stato necessario prolungare il periodo di sperimentazione e raccogliere così un campione più consistente ed intervistarne tutti i membri almeno due volte a distanza di tempo;
- 2) il campione: avendo scelto di selezionare un campione che rispondesse a specifici criteri di eleggibilità, alcuni dei quali assoluti, si è arrivati all'individuazione di un numero relativamente piccolo di possibili partecipanti; da questo ne è emerso il campione effettivo solo previo consenso al progetto;

- 3) l'organizzazione interna dell'ente pubblico: l'ospedale in cui si è svolta la raccolta dati prevedeva la realizzazione di interventi ginecologici con tecnica robot assistita solo un giorno/ due la settimana con conseguente diminuzione della possibilità di raccolta di un campione più consistente;

6.2 Raccomandazioni per gli studi futuri

Si raccomanda per gli studi futuri la programmazione di un periodo di sperimentazione che regali la possibilità di raccogliere un consistente numero di partecipanti per criteri di eleggibilità ed affinità al progetto nonché offra la possibilità di analizzare tutti i membri del campione in egual modo.

Si opti per la realizzazione di uno strumento valutativo che non lasci spazio alla riserva d'opinione da parte dei membri del campione ma garantisca chiarezza e facilità nella raccolta di un risultato.

Qualora ce ne fosse la possibilità si raccolgono dati da campioni diversi, di enti ospedalieri differenti per avere la possibilità di confronto, non solo per le risposte ottenute, ma anche per le modalità di trasmissione delle informazioni.

Questo permetterebbe la generalizzazione dei risultati.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Castiglia. (2011). Development of a Teaching Tool for Women With a Gynecologic Malignancy Undergoing Minimally Invasive Robotic-Assisted Surgery. *Clinical Journal of Oncology Nursing.*, 15(4).
- Pakbaz. (2017). Are women adequately informed before gynaecological surgery? *BMC Women's Health.*, 17.
- Thangavel. (2021). Prospective study of patient satisfaction with enhanced recovery after surgery (ERAS) protocol in the immediate post-operative period in gynaecological oncology. *The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology.*, 61(4).
- Yang. (2020). Consistency of postoperative pain assessments between nurses and patients undergoing enhanced recovery after gynaecological surgery. *Journal of Clinical Nursing.*, 29(7/8).
- Thompson, Cichowski, S. B., Rogers, R. G., Qeadan, F., Zambrano, J., Wenzl, C., Jeppson, P. C., Dunivan, G. C., & Komesu, Y. M. (2019). Outpatient visits versus telephone interviews for postoperative care: a randomized controlled trial. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction.*, 30(10), 1639–1646. <https://doi.org/10.1007/s00192-019-03895-z>
- educazione nell'Enciclopedia Treccani ultima visita 25/10/2022
- <https://www.bing.com/ck/a?!&&p=dbe3006289b34d98JmltdHM9MTY2NjgyODgwMCZpZ3VpZD0wYjdmZjQ4YS1hMTZiLTZmOTQtMDZhZS11NWNhYTAwMDZlMjcmaW5zaWQ9NTE3MA&pnt=3&hsh=3&fclid=0b7ff48a-a16b-6f94-06ae-e5caa0006e27&psq=pienamnete+signidficato&u=a1aHR0cHM6Ly9kaXppb25hcmlvLmludGVybmF6aW9uYWxlLml0L3Bhcm9sYS9waWVuYW1lbnRl&ntb=1> ultima visita 27/10/2022

ALLEGATI:

ALLEGATO 1	Protocollo ERAS per isterectomia
ALLEGATO 2	Questionario QP
ALLEGATO 3	Linee guida x questionario
ALLEGATO 4	Excel dei risultati

ALLEGATO 1: Protocollo ERAS per la gestione perioperatoria delle pazienti sottoposte a isterectomia per patologia ginecologica benigna o maligna.

Criteri di inclusione

Il protocollo ERAS trova applicazione per tutte le pazienti candidate a chirurgia elettiva di isterectomia per patologia ginecologica benigna o per neoplasia del collo o del corpo dell'utero

Criteri di esclusione

- ASA V.
- Pazienti sottoposte a intervento di isterectomia in regime di urgenza.
- Pazienti candidate a intervento chirurgico di isterectomia per patologia del pavimento pelvico.

Valutazione e informazione pre-operatoria

Valutazione anestesiológica da eseguire almeno 2 settimane prima dell'intervento chirurgico per stabilizzazione delle eventuali condizioni cliniche: malattie cardiologiche, anemia, BPCO, diabete, stati di carenze nutrizionale. Invitare inoltre con adeguato supporto all'astensione dal fumo e alcol. Qualora la paziente presenti un'anamnesi positiva per patologia respiratoria severa (BPCO, asma, sindrome delle apnee notturne), con un quadro clinico non compensato, è indicato richiedere una valutazione clinicostrumentale della funzionalità respiratoria, volta all'identificazione dei soggetti che potrebbero beneficiare di un trattamento fisioterapico pre- e/o postoperatorio.

Counseling preoperatorio

Dovrà prevedere un momento di incontro tra la paziente e il team multidisciplinare (chirurgo, anestesista e infermiere). Lo scopo è quello di favorire la compliance al protocollo condividendo con la paziente gli obiettivi e motivandola ad aderire al percorso delineato. A tal fine risulta utile il coinvolgimento dei familiari che parteciperanno al colloquio preoperatorio e assisteranno la paziente sia durante la degenza che una volta rientrata al domicilio. E' opportuno che il counseling avvenga con sufficiente anticipo (indicativamente almeno 2 settimane) rispetto alla data prevista del ricovero. L'incontro deve essere condotto possibilmente in ambito multidisciplinare, con la partecipazione contemporanea di tutti i professionisti

coinvolti. Ciò consente di condividere i contenuti di educazione sanitaria ed informazione che la paziente deve ricevere, per evitare ripetizioni e finalizzare in maniera ottimale il colloquio. Anestesista e chirurgo informano la paziente sulle procedure di relativa competenza e ottengono il consenso informato. L'infermiere ha il compito di:

- effettuare la valutazione dei bisogni della paziente (incluso il rischio nutrizionale) e dei familiari;
- informare la paziente sull'organizzazione del reparto, sul personale operante e sui presidi necessari;
- informare la paziente sulla preparazione (alimentazione, assunzione degli integratori, programma motorio) e sulla gestione del dolore e di eventuale nausea/vomito postoperatori.

E' consigliabile che l'informazione verbale sia integrata con la consegna del materiale informativo appositamente predisposto

Valutazione dello stato nutrizionale e prescrizioni dietetiche

- Deve essere eseguita una valutazione preoperatoria del rischio nutrizionale utilizzando il Malnutrition Universal Screening Tool
- Nelle pazienti con score MUST ≥ 1 è indicata una valutazione del Servizio di Dietetica e Nutrizione Clinica per la valutazione dello stato nutrizionale e per la terapia dietetica, compresa l'immunonutrizione.
- Per la diagnosi di malnutrizione utilizzare i criteri GLIM individuati nel documento di consenso dell'ESPEN 2018
- In tutte le pazienti malnutrite è indicata la somministrazione preoperatoria di immunonutrizione per 5-7 giorni prima dell'intervento. Il trattamento immunonutrizionale preoperatorio consiste nella somministrazione di n°2 briks per circa 450-500 ml di supplemento nutrizionale orale arricchito di immunonutrienti (arginina, acidi grassi w-3 e RNA).
- Nelle pazienti malnutrite è necessario che la valutazione nutrizionale avvenga almeno 10 giorni prima dell'intervento; in caso di malnutrizione severa può essere necessario posticipare l'intervento chirurgico.

- Per valutare la compliance delle pazienti all'immunonutrizione utilizzare la scheda per il monitoraggio dell'assunzione del supplemento nutrizionale preoperatorio
- Nessuna restrizione alimentare fino a 6 ore prima dell'intervento; con possibilità di assumere liquidi chiari fino a 2 ore prima dell'intervento.
- Carico glucidico: somministrazione di bevanda a base di maltodestrine e priva di lipidi, lattosio, fibre e glutine. Dose: 800 cc la sera precedente l'intervento e 400 cc 2- 3 ore prima dell'intervento, poi digiuno. La bevanda va assunta possibilmente fresca. • L'assunzione della bevanda a base di maltodestrine è controindicata Nelle pazienti con svuotamento gastrico lento (obesità, diabete scompensato, acalasia o storia di ernia jatale) o pazienti nelle quali sia prevista una difficile gestione delle vie aeree. Nelle pazienti diabetiche non è controindicata, ma in caso di quadro clinico non compensato è opportuna la valutazione da parte dello specialista.
- La somministrazione della bevanda a base di maltodestrine nella dose di 800 cc il giorno precedente l'intervento non sarà effettuata nelle pazienti sottoposte ad immunonutrizione preoperatoria, in quanto queste pazienti continueranno l'assunzione del supplemento nutrizionale orale arricchito di immunonutrienti.

Preparazione colica

Nessuna preparazione colica.

Profilassi antitrombotica secondo le linee guida ERAS 2019

Posizionamento calze elasto-compressive + EBPM a dose profilattica nelle pazienti con seguenti fattori di rischio che vengano sottoposte a intervento la cui durata prevista sia di più di 30min:

- BMI >35
- Età >65 anni
- Terapia pre-operatoria con corticosteroidi o ormonale
- Precedente chemioterapia
- Allettamento e scarsa mobilitazione
- Storia di pregressa TVP/TEP
- Compressione della massa tumorale sui vasi

Profilassi antibiotica secondo le linee guida ERAS 2019

Si raccomanda l'utilizzo di Cefalosporine di prima generazione entro un'ora dall'inizio dell'intervento chirurgico con l'aggiunta di copertura sugli anaerobi in caso di chirurgia che interessi l'intestino e negli interventi chirurgici per tumori della pelvi. La ripetizione della dose antibiotica deve basarsi sui tempi di durata dell'intervento e sull'eventuale perdita ematica.

Prevenzione dell'anemia:

Prima dell'intervento chirurgico è opportuno tentare di correggere l'anemia secondo le linee guida o la pratica clinica corrente dell'azienda. I preparati di ferro per via endovenosa sono da preferirsi al ferro orale per ripristinare più rapidamente le concentrazioni di emoglobina, sia nell'anemia da carenza di ferro che nell'anemia da malattia cronica. La trasfusione di sangue dovrebbe essere evitata, se possibile.

Protocollo anestesiológico

- Nessuna preanestesia di principio, evitando in particolare la somministrazione di benzodiazepine *long acting*.
- Prevenzione dell'ipotermia e costante monitoraggio della temperatura corporea, raccomandato il pre-riscaldamento.
- Controllo della glicemia: i valori della glicemia devono essere mantenuti < a 200 mg/dl nelle pazienti diabetiche e no.
- Nella chirurgia laparotomica il protocollo prevede il posizionamento di catetere epidurale (indicativamente T10-T11 o T11-T12) prima dell'induzione dell'anestesia generale. Somministrare dose test di verifica e bolo iniziale di anestetico locale.
- In chirurgia laparoscopica il posizionamento del catetere epidurale è a discrezione dell'anestesista.
- Nella chirurgia laparoscopica e nei casi in cui non sia indicato utilizzare il catetere epidurale in chirurgia laparotomica, il protocollo prevede:
 - Tap block bilaterale eco guidato dopo l'induzione dell'anestesia con Ropivacaina 0.25% 100-150 mg a seconda del peso della paziente.
 - spino-analgesia con Morfina 0.10 -0.15 mg in 3 ml totali di NaCl 0.9 % prima dell'induzione

- Infiltrazione della ferita chirurgica con anestetico locale a lunga durata d'azione.
- Anestesia generale inalatoria o TIVA, induzione e mantenimento con farmaci *short/acting* e curarizzazione. Si raccomanda l'utilizzo di monitoraggi per misurare la profondità dell'anestesia e la curarizzazione (blocco profondo nella chirurgia laparoscopica, si raccomanda l'utilizzo di antagonisti reversal dei curari al termine dell'anestesia).
 - Nell'isterectomia vaginale si raccomanda quando possibile rachianestesia con Bupivacaina iperbarica 0.5% o Levobupivacaina 0.5%.
 - Si raccomanda ventilazione protettiva (VT 6-8ml/kg con PEEP 6-8 cm H₂O)
 - Idratazione intraoperatoria restrittiva, 1-4 ml/kg/h di soluzioni cristalloidi. Mantenere una diuresi intraoperatoria di almeno 0.5ml/kg/h. Utilizzare la Goal Directed Fluid Therapy (GDFT) nei pazienti ad alto rischio.
 - Si raccomanda l'utilizzo di vasocostrittori nei pazienti normovolemici ipotesi in trattamento con analgesia peridurale.
 - Prevenzione dell'ipotermia e costante monitoraggio della temperatura corporea.
 - Profilassi emesi selettiva:
 - *Apfel* score 1-2, profilassi con 2 farmaci di prima linea;
 - *Apfel* score ≥ 3 , profilassi con 2-3 farmaci antiemetici.
 - Si ricorda che le pazienti sottoposte ad interventi di isterectomia partono con uno score di base di 2, pertanto si consiglia profilassi con almeno 2 farmaci antiemetici (Ondansetron 4mg + Desametasone 4mg/8mg) da ripetersi a 12 e 24 ore
 - Posizionamento catetere vescicale da rimuovere il più precocemente possibile nel post-operatorio.
 - Non necessario posizionamento sondino naso-gastrico o da limitare al periodo intraoperatorio.

Tecnica chirurgica

- L'approccio laparoscopico o vaginale è da preferire ove vi sia adeguata esperienza da parte degli operatori e ovviamente sia tecnicamente applicabile alla paziente.

- Astensione dall'uso routinario di drenaggi addominali

Gestione post-operatoria

- Rimozione sondino naso-gastrico al risveglio (qualora posizionato).
- Monitoraggio nell'immediato postoperatorio:
 - parametri vitali (PAO, FC, SpO₂) e diuresi
 - valutazione del dolore
 - controllo della temperatura corporea.
- Terapia infusionale:
 - infusione di liquidi post-operatoria: 1-2ml/kg/h nelle prime 24 ore;
 - rimozione delle infusioni endovenose entro la prima giornata post/operatoria.
- Alimentazione precoce:
 - due ore dopo il risveglio dall'anestesia reintroduzione della dieta idrica;
 - somministrazione del pasto dopo 6-8 ore dalla fine dell'intervento in base alla tolleranza della paziente;
 - uso di integratori orali calorico-proteici liquidi o cremosi: suggerito fino al raggiungimento dei fabbisogni calorici e proteici; per le pazienti malnutrite è indicata la somministrazione di immunonutrizione per 5 giorni post-intervento;
 - è utile che la paziente tenga un diario in cui registrare l'assunzione di bevande e alimenti post-intervento
- Mobilizzazione precoce
 - il giorno dell'intervento: dopo 4 ore dal risveglio mobilizzare (seduta) con obiettivo di stare per 2 ore seduta;
 - 1^a giornata: obiettivo per la paziente è restare fuori dal letto almeno 8 h e camminare;
 - 2^a giornata: attività normale, non inferiore a quanto descritto per la 1^a giornata.

Si raccomanda di utilizzare locali e poltrone adeguati a favorire la permanenza fuori dal letto.

- Rimozione precoce catetere vescicale. Il catetere vescicale va rimosso all'inizio della 1^a giornata post-operatoria. Il catetere va mantenuto in caso di diuresi < 500 ml/24 h.

- Analgesia postoperatoria
 - Nelle pazienti con catetere epidurale funzionante con infusione continua di Ropivacaina 0.125-0.2 % +/- aggiunta di oppioide short acting (di regola fino alla 2^a giornata) l'analgesia va integrata se necessario con paracetamolo 1 g ev (max 4g/die).
 - Rimozione del catetere peridurale se NRS<5 per almeno 4-6h dalla sospensione della somministrazione peridurale, prosegue controllo antalgico per via orale con Paracetamolo e FANS al bisogno.
 - Se il catetere epidurale non è stato posizionato si prescrivono FANS + paracetamolo ed eventualmente oppioidi minori - ev in giornata 0 e per os dalla prima giornata.
 - Si sconsiglia l'uso di oppioidi maggiori che presentando effetti collaterali dose dipendente potrebbero ritardare una precoce rialimentazione ed aumentare le probabilità di ileo post-operatorio.

Rilevazione giornaliera dei criteri “fit for discharge”

1. Alimentazione orale tollerata.
2. Ripresa funzione intestinale (sufficiente canalizzazione gas).
3. Controllo del dolore con analgesici per os.
4. Autonomia motoria e nelle cure igieniche personali.
5. Non evidenza clinica / laboratoristica di complicanze postoperatorie
6. Consenso della paziente alla dimissione.

Controlli post-dimissione

- Contatto telefonico con la paziente 2-3 giorni post-dimissione.
- Visita postchirurgica nei 30-40 gg successivi all'intervento.

ALLEGATO 2: Questionario QP

QUESTIONARIO PAZIENTE (QP): educazione ed informazione della paziente sottoposta a chirurgia robotica.

Istruzioni: di seguito sono elencate alcune domande relative al grado di soddisfazione per l'intervento chirurgico al quale si è sottoposta recentemente. Per piacere, indichi quale delle risposte esprime meglio la sua esperienza. Tutte le risposte sono strettamente confidenziali e coperte dal regolamento UE 679/2016.

INFORMAZIONI GENERALI:

- Età in anni _____
- Nazionalità: italiana straniera
- Scolarità: nessuna sc. obbligo sc. superiore laurea/altro titolo universitario
- Comune di residenza _____
- Professione:
Casalinga Pensionato/a Studente/ssa Disoccupato/a Operaio/a
Impiegato/a Commerciante Dirigente Lib. professionista Altro

Data della dimissione _ / _ / _

Reparto di dimissione _____

ASSISTENZA:

1. Quanto è soddisfatta dell'assistenza ricevuta da parte del personale sanitario di reparto?
 Pienamente Discretamente Sufficientemente Solo in parte Per nulla
 Non saprei
2. Si è sentita a suo agio e cosciente di tutto?
 Pienamente Discretamente Sufficientemente Solo in parte Per nulla
 Non saprei
3. Quanto è soddisfatta di come è stato controllato il suo dolore con tecniche farmacologiche e non dopo l'intervento mentre era in ospedale?
 Pienamente Discretamente Sufficientemente Solo in parte Per nulla
 Non saprei
4. Quanto è soddisfatta di come è stato controllato il suo dolore con tecniche farmacologiche e non una volta tornata a casa dopo l'intervento?
 Pienamente Discretamente Sufficientemente Solo in parte Per nulla
 Non saprei

5. Si ritiene soddisfatta dell'educazione ricevuta per prendersi cura di se' a domicilio dopo l'intervento?
- Pienamente Discretamente Sufficientemente Solo in parte Per nulla
 Non saprei
6. Quanto è soddisfatta del tempo che ha impiegato per riprendere la sua normale attività fisica?
- Pienamente Discretamente Sufficientemente Solo in parte Per nulla
 Non saprei
7. Quanto è soddisfatta del tempo che ha impiegato per riprendere le sue attività quotidiane, per esempio svolgere lavori domestici o attività sociali fuori casa?
- Pienamente Discretamente Sufficientemente Solo in parte Per nulla
 Non saprei
8. Quanto è soddisfatta delle informazioni ricevute dal personale sanitario infermieristico sul suo intervento?
- Pienamente Discretamente Sufficientemente Solo in parte Per nulla
 Non saprei
9. Consiglierebbe ad altre persone con lo stesso problema di farsi operare nello stesso ospedale?
- Pienamente Discretamente Sufficientemente Solo in parte Per nulla
 Non saprei
10. Si ritiene adeguatamente informata alla compilazione di questo questionario?
- Pienamente Discretamente Sufficientemente Solo in parte Per nulla
 Non saprei

ALLEGATO 3: Linee guida per questionario

LINEE GUIDA PER LA CUSTOMER SATISFACTION Metodi e strumenti per la rilevazione del grado di soddisfazione nelle strutture sanitarie

Premessa

Con questo documento si intende dare risposta alla necessità di raccogliere informazioni utili alla rilevazione della qualità percepita degli utenti del nostro Servizio Sanitario e allo stesso tempo costituisce un supporto metodologico alle nostre strutture. Il dato di partenza risiede nella consapevolezza che il livello di soddisfazione degli utenti costituisce una risorsa importante per la riorganizzazione dei servizi in risposta alle aspettative stesse dei cittadini. Un Sistema Qualità centrato sulle esigenze dei pazienti deve tenere in giusta considerazione i loro pareri, considerando la capacità e gli strumenti che essi hanno di formulare un giudizio. L'obiettivo generale è di costruire una rete di informazioni sulla qualità percepita attraverso una rilevazione sistematica nelle strutture sanitarie.

Metodologia e strumenti

Questo documento, supporto di partenza per affrontare le rilevazioni di soddisfazione dei destinatari delle prestazioni sanitarie, è uno strumento metodologico che deve essere integrato con gli approfondimenti offerti dalla letteratura e dalle esperienze nazionali e internazionali in materia. Il documento si ispira alla metodologia del P.D.C.A. (Plan - Do - Check- Act) riassunta nella tabella:

Fasi	Specificazione
PLAN Analizzare e descrivere la situazione di partenza e pianificare gli obiettivi e gli interventi correttivi	1. Identificazione dei servizi clienti 2. Pre-consultazione 3. Precisazione degli obiettivi
DO= Fare, implementare le azioni	4. Determinazione delle tecniche di rilevazione ed applicazione
CHECK= Controllare gli effetti	5. Analisi dei risultati
ACT Agire standardizzando e controllando il miglioramento introdotto	6. Strutturazione ed attuazione del miglioramento 7. Monitoraggio 8. Comunicazione

L'indagine di customer deve sempre rispondere ad una esigenza di conoscenza finalizzata ad interventi migliorativi oltre che costituire un indicatore di esito. Perché possa rappresentare una risorsa deve essere tecnicamente validabile e quindi possedere i requisiti propri della ricerca metodologica. A ciò va aggiunto il fatto che il dato per tradursi in informazione deve essere interpretato e contestualizzato.

a) Strumenti di rilevazione: il questionario e le segnalazioni

L'esigenza che si cerca di soddisfare è quella di stabilizzare gli approcci metodologici delle iniziative di rilevazione attraverso il cosiddetto Customer Relationship Management ossia un'analisi incrociata tra più indicatori del grado di soddisfazione percepita:

- indagini qualitative,
- indagini quantitative,
- focus group,
- reclami e altri segnali provenienti dall'utenza.

Per la valutazione del grado di soddisfazione, oltre alla segnalazione generica, sarà adottato lo strumento del questionario composto da domande chiuse a cui è aggiunta l'opzione della domanda aperta (indicare suggerimenti e osservazioni, indicare l'aspetto peggiore o migliore). Questo mezzo costituisce la forma adatta a raccogliere dati di sistema, tenendo in debita considerazione le interazioni di fattori importanti come la dimensione organizzativa delle strutture o le variabili del territorio. E' importante, nella costruzione del questionario e nella conduzione dell'indagine, che vengano osservate le raccomandazioni, per evitare atteggiamenti autoreferenziali. Infatti, nella definizione del questionario è opportuno prestare la massima attenzione alle dimensioni di qualità pensate dagli utenti e alle espressioni lessicali; il codice linguistico utilizzato deve essere di colui che risponde non di coloro che predispongono il questionario. Le strutture devono promuovere le azioni di consultazione e di raccolta delle segnalazioni di disservizio, coinvolgendo laddove possibile le organizzazioni rappresentative di volontariato e di tutela dei cittadini.

b) Struttura del questionario

Sulla base delle esperienze e delle indicazioni contenute nella modellistica della carta dei servizi per le strutture sanitarie si è scelto un questionario con struttura ad albero. Questa impostazione costituisce una opportunità per ottenere un tasso di risposta alto poiché il questionario si può ritenere completo anche se compilato in modo corretto solo in parte. Questa struttura consente inoltre, attraverso l'utilizzo di tecniche statistiche, di pesare i singoli fattori di soddisfazione sul giudizio generale. Nei questionari si è adottata sempre una scala a 5+1 valori, riconoscendo anche l'opzione non saprei, poiché si è ritenuta la formula più indicata ad evitare i giudizi di

indifferenza. Sono sempre previste, inoltre, aree con domande aperte per esprimere pareri non codificabili facilmente ma di grande utilità. Il questionario è composto da: domande chiuse centrate sui temi delle aree indagate, una domanda aperta per eventuali osservazioni libere, domande di carattere generale e da informazioni variabili che possono influire sul giudizio complessivo (lo stato di salute, l'età, la scolarità, ecc). E' importante che la struttura del questionario, qualunque sia la modalità di somministrazione utilizzata, preveda la parte anagrafica e i dati relativi alla scolarità. Poiché la compilazione del questionario richiede tempo e attenzione è indispensabile rendere piacevole l'impatto visivo adottando un carattere e una grafica sufficientemente leggibili. Una considerazione particolare merita il modulo informativo e la richiesta del consenso (vedi allegato n.1). Tale modulo avvisa l'utente/paziente della volontà della struttura di rilevare il grado di soddisfazione attraverso la realizzazione di survey e indica le possibili diverse modalità: intervista diretta, intervista telefonica, o invio postale. Si ritiene indispensabile, a tal fine, richiedere il consenso, con apposita firma, nel rispetto della legge sulla privacy.

c) Aree di indagine

I questionari sono relativi alle aree di ricovero e dei servizi ambulatoriali. Le tematiche individuate, qui sottoelencate, sono tradizionalmente riconosciute come indicative della soddisfazione del paziente.

Area di indagine	Dimensioni/fattori della qualità
a. Ricovero b. Ambulatoriale	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Informazione/comunicazione</i> ✓ <i>Accessibilità</i> ✓ <i>Aspetti organizzativi</i> ✓ <i>Relazione</i> ✓ <i>Professionalità degli operatori</i> ✓ <i>Continuità/qualità delle cure</i> ✓ <i>Aspetti alberghieri (vitto, alloggio, facilities, igiene)</i>

L'individuazione dei fattori oggetto dell'indagine è in stretta relazione alle note di criticità di maggiore rilievo provenienti dalle segnalazioni dell'utenza e al rispetto delle regole di buon funzionamento aziendale; i fattori corrispondono ad aree su cui intervenire con azioni di miglioramento. Gli items tengono conto della capacità dell'utente di esprimere un parere; vanno considerati quindi, il percorso assistenziale

vissuto e il contesto ambientale. Particolare attenzione va posta alle domande con cui si chiede un giudizio delle cure ricevute. Le aree dell'indagine riguardano l'utente esterno ma è necessario effettuare rilevazioni di soddisfazione anche per gli operatori interni. In quest'ottica saranno assunte iniziative di comunicazione interna volte a favorire l'ascolto degli operatori interni in forme adeguate. Le indagini di clima costituiscono una forma consueta per indagare la situazione della struttura e costituiscono i presupposti base per le iniziative di comunicazione interna organizzativa.

Campionamento e determinazione della Dimensione Campionaria

Il processo di campionamento ha come vincolo il raggiungimento di una quota predefinita.

Si intende operare una rilevazione con le caratteristiche di semplicità ed economicità ma anche di rappresentatività attraverso un campione sistematico

Per creare questo tipo di campione si seguirà un sistema che consiste nell'estrarre delle unità di campionamento distanziate da un intervallo costante.

Il campionamento riguarderà n unità di una popolazione di N unità. Si fisserà come unità di partenza un numero i scelto a caso e compreso tra 1 e il rapporto R (ragione del campionamento) dato dalla numerosità della popolazione rapportata a quella del campione:

$$R = N/n$$

dove

N = numerosità della popolazione

n = numerosità del campione

Quindi se l'unità di partenza è i , le successive unità del campione saranno determinate nel seguente modo: $n_1 = i$; $n_2 = i+R$; $n_3 = i+2R$;

Per le nostre esigenze R deve essere pari almeno a 20 nelle strutture che effettuano oltre 500 ricoveri e a 50 in quelle con un numero inferiore di prestazioni.

Nelle strutture ambulatoriali R deve essere almeno uguale a 20 nelle strutture che effettuano oltre 50 prestazioni/die, superiore a 50 nelle altre.

Nelle strutture di Pronto Soccorso vanno distinte le popolazioni dei trattenuti in osservazione breve da quelli dimessi dopo il trattamento ambulatoriale. Il campione

dei primi deve avere un R pari ad almeno 20, quello dei secondi deve essere di almeno 10 se i passaggi sono superiori ai 15000, di 20 se inferiori.

Modalità di somministrazione

Stabilita la natura e la dimensione del campione, bisogna fare la scelta del metodo di rilevazione che si vuole adottare, in quanto ognuno di essi presenta vantaggi e svantaggi e può influire sulla bontà dei dati raccolti.

Indagine telefonica

Questo metodo consente di avere un accesso immediato all'utente che, come dimostrano altre esperienze, è ben contento di collaborare ad una attività finalizzata al miglioramento dell'assistenza sanitaria. Ha il vantaggio di avere un costo ridotto e pianificabile e una disponibilità immediata dei dati.

Inoltre, gli si riconosce il grande vantaggio di effettuare la rilevazione dopo il periodo di ricovero/assistenza e quindi di intervenire senza eventuali condizionamenti psicologici. Un probabile punto di difficoltà sta nel fatto che deve essere compiuto in un periodo tendenzialmente limitato con il supporto di strutture specialistiche dedicate al marketing telefonico o con una formazione ad hoc per il personale interno. Una corretta impostazione del contatto telefonico deve tener conto dei problemi di privacy, ovviabili con la proposizione di un modulo informativo e di richiesta di consenso.

Auto compilazione a distanza

Consiste nell'invio a casa dal questionario preaffrancato o nella consegna diretta al momento della dimissione/prestazione. Il vantaggio lo si ritrova nel minor carico di lavoro per le risorse interne, nel rispetto della privacy e nella mancanza di condizionamento. Lo svantaggio può consistere nel costo, comunque pianificabile, e nel rischio di un ritorno limitato. Questo ultimo aspetto può essere ovviato con un richiamo – recall - postale o telefonico.

Auto compilazione durante il ricovero/assistenza

Il questionario auto compilato richiede una maggiore collaborazione dell'intervistato: è più difficile ed impegnativo.

Il vantaggio di questa modalità consiste nell'esiguo numero di risorse da dedicare all'attività di indagine.

Intervista

E' una metodologia di forte impatto e di riscontro positivo da parte degli utenti soprattutto nell'area del ricovero e dell'A.D.I. Richiede una formazione attenta al personale intervistatore. Garantisce un alto numero di questionari con dei dati completi.

Realizzazione

La scelta della metodologia a campionamento consente una rilevazione continua

E' importante che gli operatori coinvolti nella rilevazione, qualsiasi sia la modalità di somministrazione adottata, siano identificabili facilmente.

Criteri di validità dei questionari, registrazione ed elaborazione di dati.

Sono da considerarsi validi i questionari completi. I questionari si ritengono validamente compilati se l'80% delle domande riporta una risposta valida. Si considera valida anche la domanda "non saprei". Non è ammesso dare più di una risposta alla stessa domanda, a meno che non si tratti di una domanda con risposta multipla e ciò sia esplicitamente indicato.

I questionari raccolti dalle singole strutture dovranno essere validati con un controllo di completezza e coerenza.

Comunicazione interna ed esterna dei dati

La comunicazione dei dati costituisce una fase importante della rilevazione ma generalmente disattesa. I dati delle rilevazioni di customer costituiscono un elemento utile alle direzioni per la valutazione dei servizi ma rappresentano, soprattutto, la prova tangibile dell'impegno nei confronti degli utenti e degli operatori coinvolti. Il feedback esterno, ma soprattutto interno, crea le basi per

una partecipazione attiva e continuativa nel sistema di monitoraggio. Gli strumenti di informazione e comunicazione che si possono adottare sono diversi: giornale aziendale, sito Internet, poster e pieghevoli, incontri, conferenze stampa ecc. A livello di comunicazione interna si realizzeranno azioni utili alla diffusione dei risultati sia agli operatori della struttura, in particolare sia a coloro che hanno partecipato alla realizzazione dell'indagine sia alla propria utenza.

A livello di comunicazione esterna, si possono utilizzare riviste, giornali, eventi pubblici, convegni, fiere e quanto di più efficace le strategie di comunicazione mettono a disposizione.

ALLEGATO 4: Excel dei risultati

età	paziente 1	paziente 2	paziente 3	paziente 4	paziente 5	paziente 6	paziente 7	paziente 8	paziente 9	paziente 10	paziente 11	paziente 12	media	moda
nazionalità	56	52	75	62	53	71	67	74	51	58	74	48		74
scolarità	italiana	italiana	italiana	italiana	italiana	italiana	italiana	italiana	italiana	italiana	italiana	italiana		
comune di r.	sc. superiore	sc. superiore	nessuna	sc.obbligo	sc.superiore	sc.obbligo	sc.obbligo	sc.obbligo	sc.obbligo	sc.obbligo	sc.superiore	sc.obbligo		sc.obbligo
professione	Padova	Monselice	Lozzo Atesino	Padova	Padova	Monselice	Sant'Elena	Sant'Urbano	Monselice	Monselice	Este	Padova		Padova
data di D.	28/07/2022	04/08/2022	10/09/2022	10/08/2022	01/09/2022	07/09/2022	07/09/2022	13/09/2022	22/09/2022	26/09/2022	30/09/2022	05/10/2022		pensionata
eleggibilità	8	8	6	7	9	7	7	7	8	8	8	8	8,15	8
risposta 1a	pienamente	discretamente	pienamente	pienamente	discretamente	discretamente	pienamente	pienamente	pienamente	pienamente	discretamente	pienamente		pienamente
risposta 2a	pienamente	pienamente	pienamente	pienamente	pienamente	pienamente	pienamente	pienamente	pienamente	pienamente	discretamente	pienamente		pienamente
risposta 3a	pienamente	pienamente	pienamente	pienamente	pienamente	pienamente	pienamente	pienamente	pienamente	pienamente	discretamente	pienamente		pienamente
risposta 4a	pienamente	pienamente	non saprei	non saprei	discretamente	non saprei	non saprei	non saprei	non saprei	pienamente	sufficientemente	pienamente		non saprei
risposta 5a	pienamente	pienamente	discretamente	discretamente	discretamente	pienamente	pienamente	pienamente	pienamente	pienamente	sufficientemente	pienamente		pienamente
risposta 6a	pienamente	pienamente	non saprei	non saprei	pienamente	non saprei	non saprei	non saprei	non saprei	pienamente	solo in parte	discretamente		non saprei
risposta 7a	pienamente	pienamente	non saprei	non saprei	pienamente	non saprei	non saprei	non saprei	non saprei	pienamente	solo in parte	discretamente		non saprei
risposta 8a	pienamente	pienamente	pienamente	pienamente	discretamente	pienamente	pienamente	pienamente	pienamente	pienamente	sufficientemente	pienamente		pienamente
risposta 9a	pienamente	pienamente	pienamente	pienamente	pienamente	pienamente	pienamente	pienamente	pienamente	pienamente	sufficientemente	pienamente		pienamente
risposta 10a	pienamente	pienamente	pienamente	pienamente	pienamente	pienamente	pienamente	pienamente	pienamente	pienamente	discretamente	pienamente		pienamente
risposta 1b	--	--	pienamente	pienamente	--	pienamente	pienamente	pienamente	pienamente	--	--	--		
risposta 2b			pienamente	pienamente	pienamente	pienamente	pienamente	pienamente	pienamente					
risposta 3b			pienamente	pienamente	pienamente	pienamente	pienamente	pienamente	pienamente					
risposta 4b			pienamente	pienamente	pienamente	pienamente	pienamente	pienamente	pienamente					
risposta 5b			pienamente	pienamente	pienamente	pienamente	pienamente	pienamente	pienamente					
risposta 6b			pienamente	pienamente	discretamente	discretamente	pienamente	pienamente	discretamente					
risposta 7b			pienamente	discretamente	discretamente	discretamente	pienamente	pienamente	discretamente					
risposta 8b			pienamente	pienamente	pienamente	pienamente	pienamente	pienamente	pienamente					
risposta 9b			pienamente	pienamente	pienamente	pienamente	pienamente	pienamente	pienamente					
risposta 10b			pienamente	pienamente	pienamente	pienamente	pienamente	pienamente	pienamente					

