



Università degli Studi di Padova
Dipartimento di Medicina
Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

**VERSO UNA PERSONALIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA:
PROPOSTA DI INTRODUZIONE DI UNO STRUMENTO
INFORMATIVO/EDUCATIVO NELL'U.O. DI CHIRURGIA
GENERALE DELL'OSPEDALE DI CITTADELLA**

Relatore: Prof. Bernardi Paola

Correlatore: Inf. Tessarolo Claudia

Laureanda: Civiero Laura

Anno Accademico 2014-2015

INDICE

INTRODUZIONE	pag. 1
CAPITOLO 1: QUADRO TEORICO	
1.1 I bisogni di assistenza infermieristici	pag. 3
1.2 Il ruolo dell'infermiere in relazione ai bisogni	pag. 4
1.3 Assistenza infermieristica e personalizzazione	pag. 5
1.4 Comunicazione come veicolo di educazione ed informazione	pag. 7
1.5 L'educazione/ informazione per la persona sottoposta a procedura chirurgica	pag. 9
1.6 Strategie di educazione/informazione rivolte al paziente chirurgico	pag. 10
1.7 Approfondimento sul protocollo Fast Track	pag. 11
CAPITOLO 2: L'U.O. DI CHIRURGIA GENERALE DI CITTADELLA	
2.1 L'unità operativa di Chirurgia di Cittadella-Ulss 15 Alta Padovana	pag. 14
2.2 Organizzazione del lavoro infermieristico	pag. 14
2.3 Proposta progettuale	pag. 15
CAPITOLO 3: PROPOSTA PROGETTUALE	
3.1 Individuazione della strategia ed analisi di fattibilità per l'applicazione nel contesto di Cittadella	pag. 18
3.2 Proposta di colloquio di informazione/educazione per pazienti candidati ad intervento di resezione coloretale di tipo Fast Track	pag. 18
3.3 Conclusioni	pag. 26
BIBLIOGRAFIA	

INTRODUZIONE

Durante il periodo di tirocinio clinico svolto, nell'ambito del Corso di laurea in Infermieristica, presso l'Unità Operativa di Chirurgia Generale dell'Ospedale di Cittadella, ho rilevato che a causa di un'organizzazione di lavoro infermieristico di tipo funzionale, la possibilità di erogare una risposta infermieristica personalizzata ai bisogni dei pazienti, molte volte non poteva essere garantita.

Attraverso i colloqui con i membri dell'equipe e la coordinatrice, ho potuto constatare, che questo approccio (di tipo funzionale) al paziente, risultava anche poco gratificante per gli stessi membri dell'equipe, in quanto si rendono conto che forniscono un'assistenza standardizzata anziché personalizzata. I membri dell'equipe riconoscono l'importanza del soddisfacimento dei bisogni del paziente al fine di fornire un'assistenza personalizzata.

In ambito infermieristico il tema della personalizzazione assistenziale è di rilevante importanza. Il ruolo dell'infermiere, secondo quanto riportato dal Profilo Professionale, è quello di fornire un'assistenza di natura non puramente tecnica ma anche quello di prestare attenzione alla globalità ed unicità della persona, cercando di rispondere a tutti i bisogni di salute che la persona esprime.

Con questo lavoro di tesi, a partire dall'identificazione dei bisogni delle persone riscontrati in letteratura, e attraverso la condivisione con l'equipe infermieristica, si è ritenuto di avere un approccio graduale e di focalizzare l'attenzione su un'unica area di bisogno su cui fare proposta di un progetto di miglioramento. Nello specifico, si intende lavorare sul bisogno di educazione preoperatoria con un progetto che introduca uno "spazio assistenziale", affinché l'infermiere possa informare il paziente in relazione all'intervento chirurgico di tipo Fast Track. La proposta prevede di focalizzarsi su un preciso gruppo di pazienti ed eventualmente dopo la sperimentazione espanderla a tutti i pazienti sottoposti ad intervento chirurgico in elezione.

In relazione a questa prospettiva si concretizza il presente lavoro di tesi che, a partire da una revisione bibliografica finalizzata ad inquadrare sinteticamente il tema dei bisogni manifestati dalle persone relativamente ai propri problemi di salute, su stimolo e condivisione dell'equipe infermieristica direttamente interessata, vorrebbe portare una

proposta progettuale di miglioramento assistenziale da mettere a disposizione del gruppo infermieristico come partenza per il processo di cambiamento auspicato.

L'elaborato di tesi si articola, quindi, in un primo capitolo di inquadramento concettuale che tocca i temi dei bisogni umani, del ruolo dell'infermiere in relazione ai bisogni, della personalizzazione dell'assistenza nell'ottica di considerare ciascun uomo come unico ed irripetibile. Si accompagna una analisi delle condizioni ostacolanti o favorenti una assistenza personalizzata, con un breve cenno all'impatto dei modelli organizzativi sulla qualità ed efficacia dell'assistenza. Infine, viene proposto un breve approfondimento sul significato e valenza dell'informazione per la partecipazione ed adesione alle cure, specie nella particolare situazione di una persona che deve affrontare situazioni impegnative come quella di essere sottoposto ad un intervento chirurgico . Vengono analizzati strumenti, strategie ed esperienze che in letteratura sono considerati efficaci a questo fine. Il primo capitolo infine comprende un breve approfondimento sul protocollo Fast Track

Nel secondo capitolo, viene presentata la realtà della U.O. Chirurgia di Cittadella, focalizzando brevemente l'attenzione sulle caratteristiche strutturali ed organizzative e sulle riflessioni condivise con il gruppo infermieristico che hanno portato a ricercare la prospettiva di un cambiamento.

Nel terzo capitolo viene costruita una proposta progettuale di cambiamento che si articola in:

1. una preventiva analisi di fattibilità;
2. la strutturazione di una proposta operativa di cambiamento.

Dall'analisi della letteratura è emerso che la tecnica di educazione preoperatoria più efficace risulta essere il colloquio preoperatorio e l'utilizzo di opuscoli informativi utili al paziente per rinforzare le informazioni ricevute durante il colloquio.

Attualmente i pazienti candidati a questo tipo di intervento, nella realtà di Cittadella, ricevono un opuscolo informativo senza avere la possibilità di essere adeguatamente educati/informati attraverso un colloquio con il personale di reparto.

La proposta progettuale consiste nella strutturazione di una scaletta di colloquio preoperatorio cui l'infermiere potrà fare riferimento.

CAPITOLO 1: QUADRO TEORICO

In questo capitolo viene presentato un approfondimento del quadro concettuale sui bisogni di assistenza, sul ruolo dell'infermiere in relazione ai bisogni di assistenza, sulla personalizzazione dell'assistenza infermieristica, sul valore dell'informazione/educazione e nello specifico sul valore dell'informazione/educazione per la persona sottoposta a procedura chirurgica, sugli strumenti e strategie di educazione/informazione individuati efficaci dalla letteratura, e un breve approfondimento sul protocollo Fast Track al fine di delineare la cornice di riferimento per le parti successive del lavoro di tesi.

1.1 I bisogni di assistenza infermieristici

Come proposto da Duilio F. Manara nel testo *“Verso una teoria dei bisogni dell'assistenza infermieristica”*¹, i bisogni di assistenza sono alcuni bisogni fondamentali, ognuno dei quali ha una dimensione bio-fisiologica, psicologica e socio-culturale che riflettono l'unità dell'essere umano, che proprio per questo viene definito dall'infermiere, in un'ottica esistenzialista, un *“essere nel bisogno”*.

Secondo il pensiero di Maslow l'uomo è un insieme integrato ed organizzato; le motivazioni che lo spingono all'azione sono derivate da una serie di bisogni ordinati gerarchicamente che nel suo testo *“Verso una psicologia dell'essere”* egli chiama *bisogni fondamentali*².

Sempre secondo il pensiero di Maslow, la capacità di individuare correttamente questi bisogni nella loro gerarchia di *“prepotenza relativa”* e la possibilità di soddisfarli in modo pieno e gratificante per l'individuo, sono i mezzi che portano all'*“auto-attualizzazione”* della personalità e quindi alla realizzazione di quella dimensione positiva dell'uomo fra gli altri uomini². Nel caso in cui, invece, non sussistano le condizioni obiettive o soggettive per la soddisfazione dei bisogni originari della natura umana allora scrive Maslow: *“questo nucleo essenziale della persona viene negato e represso, la persona si ammala talora in modi evidenti, talvolta invece sottilmente, a volte subitamente, a volte dopo un certo intervallo di tempo”*².

Il concetto di gerarchia dei bisogni indica che le motivazioni di un uomo possono continuamente mutare. Lo stesso bisogno può essere importante per un individuo mentre non lo è per niente per un altro¹.

Una delle scuole di pensiero infermieristico che ha avuto maggiore seguito nella realtà italiana è quella che interpreta l'assistenza in funzione dei bisogni assistenziali del paziente, come formulati da A. Maslow¹ ed è conosciuta come “Scuola dei bisogni”.

V. Henderson, l'indiscussa capostipite di questa “Scuola dei bisogni”, da la sua definizione di assistenza infermieristica collegandola per la prima volta al concetto di bisogno³. Henderson parte dal presupposto che l'uomo ha più dimensioni (biologica, fisiologica, psicologica, sociale, culturale) che si manifestano nei bisogni fondamentali⁴⁻⁵.

Marisa Cantarelli riprende la teorizzazione della Henderson sul concetto di bisogno focalizzandosi anche sul ruolo dell'infermiere in relazione ai bisogni di assistenza⁶.

Secondo Cantarelli nel testo “*Modello delle prestazioni infermieristiche*”⁷ ogni uomo ha dei bisogni, alcuni dei quali possono essere soddisfatti autonomamente, altri richiedono il supporto di altre persone. Quando il bisogno non può essere soddisfatto dalla persona stessa (primo livello) e dalla dimensione sociale (secondo livello) diventa bisogno specifico di assistenza infermieristica (terzo livello)⁷.

L'infermiere, secondo il pensiero della Cantarelli, per ogni bisogno attua delle prestazioni infermieristiche specifiche e nell'ambito di ciascuna prestazione si occupa *di indirizzare, guidare, sostenere, compensare, sostituire l'assistito*⁷.

1.2 Il ruolo dell'infermiere in relazione ai bisogni

Secondo quanto riportato fino ad ora quindi, l'infermieristica si rifà non tanto alla patologia che il paziente presenta quanto alla risposta che egli produce riguardo al suo bisogno di salute⁸.

Il processo di professionalizzazione ha portato alla formazione di tre solidi pilastri che definiscono chi è l'infermiere oggi: il Profilo Professionale, il Patto Infermiere/Cittadino e il Codice Deontologico⁸.

Il Profilo Professionale, delineato nel DM 739/94, descrive l'infermiere come il professionista sanitario responsabile dell'assistenza generale infermieristica che, nell'espletamento delle sue funzioni, identifica i bisogni della persona pianificando, gestendo e valutando l'intervento assistenziale più adeguato e definisce l'assistenza infermieristica come globale ed olistica⁹.

L'infermiere è capace di assumere decisioni in autonomia così come di collaborare con altre professionalità, personalizza l'assistenza riconoscendo al "bisogno" una dimensione del tutto *nuova e particolareggiata*¹⁰.

Secondo quanto indicato dal Profilo Professionale "*L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale ed educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria*"⁵: il comma 2 definisce l'infermiere responsabile di tutte queste macro-componenti dell'assistenza, che lo inquadrano come un professionista a tutto tondo, non esclusivamente focalizzato sulla pratica tecnica ma che è in grado, perché ne possiede la formazione, di instaurare relazioni di aiuto e di attuare interventi di natura educativa.

Il secondo documento che descrive chiaramente l'infermiere oggi è il Patto Infermiere-Cittadino.

Con questo documento, il cittadino, quindi il paziente, non viene visto più come un spettatore silenzioso della sua malattia ma come un attore protagonista che ha diritto di partecipare al suo progetto di cura. In questo contesto l'infermiere, e di conseguenza ciò che lui può fare per il malato, vengono definiti con verbi quali: *dare risposte, fornire informazioni, rispettare, aiutare, insegnare, ascoltare, stare vicino* ed altri che ancora una volta sottolineano quanto l'infermiere possa realmente produrre dei cambiamenti positivi in termini di salute per il malato, andando ad agire non solo sulla sfera biologica ma osservando e trattando il paziente in maniera olistica, cercando di essere il "tramite" per il raggiungimento di una nuova autonomia che, secondo varie modalità, la patologia può aver sottratto alla persona⁸.

1.3 Assistenza infermieristica e personalizzazione

Nel linguaggio dell'infermieristica, il termine "personalizzazione" si è specializzato ad indicare la sostanza ed il modo dell'assistenza infermieristica: personalizzare significa dunque adattare (e condizionare) l'azione professionale ai costituenti soggettivi che la persona esprime come portatrice di bisogni¹¹. L'intervento specifico dell'infermiere si realizza a partire, non solo dall'organismo in quanto tale e dalle capacità funzionali di cui è geneticamente dotato, ma in egual misura dal particolare percorso psichico e culturale che ciascuna persona compie¹².

Come ben espresso da Manara¹² i bisogni di assistenza infermieristica sono fatti relazionali ovvero sono costruiti tra infermiere e paziente e non possono essere individuati senza una relazione autentica tra i due e senza un'accoglienza vigile delle richieste del paziente o dei suoi familiari.

Nello studio del 2010 condotto da Komatsu, Yagasaki¹³, è dimostrata l'importanza della personalizzazione nella pratica infermieristica, nonostante questa sembri non esistere nei moderni ospedali. La mancanza di tempo da dedicare alla relazione è dovuta a fattori organizzativi ed economici¹³.

L'assistenza infermieristica, è attualmente organizzata, nella maggior parte dei contesti ospedalieri, secondo l'approccio del nursing funzionale. Tale approccio, caratterizzato dalla centralità del compito, permette di perseguire elevata efficienza tecnica grazie alla temporalizzazione delle attività e l'assegnazione delle stesse a singoli infermieri. L'infermiere non è responsabile dell'assistenza al paziente ma solo dei compiti prodotti. L'assistenza è conseguentemente frammentata in routine tecnico-pratiche, in parte di supporto/sostituzione di funzioni primarie e, in parte, da implementazione di trattamenti medici prescritti¹⁴.

Secondo Zanotti¹⁴ non sono rilevabili trattamenti specifici o uso della relazione a scopo terapeutico-educativo dell'infermiere che non siano l'attuazione di una prescrizione. Il tempo-operatore è quindi consumato dalle routine correlate all'assistenza medico-alberghiera.

In tale contesto Zanotti evidenzia che:

- a) la metodologia clinica dell'assistenza ed i processi a questa correlati sono sostituiti dalle sequenze di attività per orario;
- b) l'assistito è solo minimamente o occasionalmente coinvolto nelle scelte che lo riguardano e l'operatore di assistenza è impegnato, nel rispetto dei tempi, in attività tecniche di base spesso ordinate in sequenze fisse in base a tradizioni organizzative poco o per nulla coerenti con i bisogni degli assistiti.

Ancora, Zanotti fa notare che l'approccio funzionale nell'assistenza lega l'operatore ad attività poco coerenti con l'individualità del bisogno e diminuisce lo status professionale dell'infermiere rispetto all'assistenza complessivamente erogata¹⁴.

Come sostenuto da Marconcini e Rinaldi¹⁵ i pazienti che accedono oggi alle strutture sanitarie richiedono un'assistenza infermieristica caratterizzata dalla continuità, dal passaggio celere e completo di informazioni tra le U.O. con cui vengono a contatto, dalla conoscenza completa della storia dei pazienti da parte di tutti gli operatori sanitari. Inoltre, avanzano la pretesa legittima di un'organizzazione in grado di adattarsi all'utente e di non spersonalizzarlo con la ripetizione, uguale per tutti, di manovre meramente tecniche¹⁵. Queste richieste secondo gli autori possono essere soddisfatte solamente con l'utilizzo di modelli organizzativi non meccanicistici, che consentano di applicare appieno non solo la parte tecnica dell'assistenza infermieristica.

Non può infatti esservi personalizzazione dell'assistenza senza una raccolta dati specifica (guidata da un quadro/teoria di riferimento), un'adeguata pianificazione delle azioni assistenziali e, soprattutto, un costante colpo d'occhio sul punto in cui il paziente si trova rispetto agli obiettivi stabiliti.

1.4 Comunicazione come veicolo di educazione ed informazione

L'educazione del paziente e la comunicazione sono parte integrante della professione del Nursing tanto da poter affermare che l'infermiere che svolge solo l'aspetto pratico del proprio lavoro è un operatore incompleto¹⁶. La comunicazione è l'essenza della "cura" ed è il canale tramite il quale gli infermieri trasferiscono le cure (Kirby and Slevin 1992)¹⁷.

Ruesh e Bateson hanno definito la comunicazione come *“ l'insieme dei processi mediante i quali la mente dell'individuo agisce su quella di un altro ”*¹⁸.

Tali processi non comprendono soltanto i messaggi verbali ma tutte le manifestazioni umane. I due autori hanno definito la comunicazione in termini dell'influenza esercitata dall'individuo sul comportamento e sulle idee di un altro¹⁸.

La comunicazione è un processo sociale ed interpersonale di scambio di informazione e di influenzamento reciproco che avviene fra due o più persone in un determinato contesto; non è solo la manifestazione osservabile di un concetto o di un rapporto astratto, ma è il rapporto stesso, corredato da un processo di feedback¹⁸.

La comunicazione formata da attori, messaggi (informazione), strumenti e soprattutto dal processo circolare della relazione è il veicolo attraverso il quale è fornita l'educazione e l'informazione. L'intero insieme della comunicazione permette il passaggio

dell'informazione, la conoscenza dei suoi componenti e costituisce per l'infermiere il primo passo per affrontare un argomento¹⁹.

Secondo Marcolongo e Rigoli, esiste una differenza marcata tra educazione ed informazione in ambito sanitario. L'informazione fa parte del dialogo tra curante e malato ed è costituita da un insieme di consigli, raccomandazioni e istruzioni. L'educazione è, invece, una pratica più complessa che implica una diagnosi educativa, la scelta di obiettivi d'apprendimento e l'applicazione di tecniche d'insegnamento e di valutazione pertinenti al fine di consentire al paziente di: conoscere la propria malattia, gestire la terapia in modo competente e prevenire le complicanze evitabili¹⁹.

Come proposto dalla revisione bibliografica "Tecniche e metodologie di informazione sanitaria del paziente da parte degli infermieri"²⁰ condotta da Chiarelli, Calanchi e Capodiferro l'informazione è utile per il paziente in particolar modo per:

1. Mantenere il controllo;
2. Ridurre l'ansietà;
3. Migliorare l'accettazione;
4. Creare aspettative realistiche;
5. Promuovere l'autocura e la partecipazione;
6. Generare sentimenti di protezione e sicurezza;

E' necessario tenere presente che i pazienti cercano probabilmente di più e prestano attenzione all'informazione quando essi ne hanno bisogno, e cioè quando sono pronti a ricevere ed usare l'informazione²¹.

L'infermiere assume un ruolo determinante di educatore e fonte privilegiata dal paziente per ricevere informazioni²⁰.

Per quanto riguarda i metodi di educazione/informazione del paziente, la revisione valuta la modalità verbale e quella scritta andando ad evidenziare pregi e difetti di ciascuna.

L'informazione verbale rappresenta il primo e più immediato sistema di trasmissione di informazioni utilizzato dall'infermiere sulla quale si basa anche la relazione d'aiuto. Nel caso dell'obiettivo specifico della trasmissione/ricezione del messaggio l'informazione verbale non costituisce però lo strumento più efficace, studi dimostrano che va integrato con altre modalità come lo scritto²⁰.

La trasmissione verbale ha infatti il principale difetto di essere influenzata da fattori ambientali ed individuali che condizionano l'efficacia di trasmissione del messaggio²⁰.

La trasmissione scritta è preferita dai pazienti in molti casi. Secondo la revisione effettuata spesso la produzione di materiale scritto risulta però insufficiente per quanto riguarda quantità, contenuti e qualità di informazione²⁰.

L'informazione scritta ha il vantaggio che può essere conservata e riletta più volte, costituisce una registrazione permanente del messaggio che può essere così trasmesso ad altri (es. familiari, amici...). Dal punto di vista della comprensione, questo tipo di strumento è utile, perché serve a trattenere ciò che si conosce già, va quindi ad integrare l'informazione verbale di cui ne costituisce il rinforzo, rappresentando uno stimolo per successive domande. Utilizzata da sola l'informazione scritta è svantaggiosa: essendo uno strumento rigido può non accordarsi con i reali bisogni del paziente, può non essere comprensibile, perché di difficile lettura e fare sentire il paziente inadeguato, al contrario se il linguaggio è molto elementare, il paziente più colto può sentirsi insultato²².

1.5 L'educazione/informazione per la persona sottoposta a procedura chirurgica

Come sostenuto da Ferrarello²² l'intervento chirurgico rappresenta un evento stressante per la persona che deve subirlo sia dal punto di vista organico, per l'alterazione dell'integrità e della funzionalità degli apparati coinvolti, sia dal punto di vista psicologico. Sotto questo aspetto vanno considerate le paure del paziente circa il ritorno allo stato di autonomia precedente all'intervento chirurgico (compatibilmente con le necessità cliniche) e i timori legati alla percezione delle procedure anestesologiche e chirurgiche come potenzialmente pericolose per la personale incolumità.

Dalla revisione bibliografica effettuata da Ferrarello si evince che, è in questa situazione stressante che emerge la necessità comunicativa. *“Laddove il medico fornisce risposte competenti, ma perlopiù identificanti il paziente con la malattia di cui è portatore, l'infermiere, con la propria naturale predisposizione a trattare con il paziente in maniera non esclusivamente medicalizzata, si propone come la più importante figura sanitaria in grado di rassicurare (in modo non generico), educare e riabilitare il paziente”*²².

La fase preoperatoria dell'informazione al paziente è un momento delicato e fondamentale in chirurgia.

Nell'ultimo decennio vi è stato un notevole sviluppo delle tecniche di chirurgia (chirurgia mini-invasiva vs chirurgia open) e di anestesia che garantiscono un miglioramento dell'outcome²².

Il percorso di preparazione fisica e psicologica all'intervento avviene in fase di pre-ricovero, richiedendo pertanto adattamento e personalizzazione del processo infermieristico alle reali esigenze delle persone assistite²².

I pazienti vengono ricoverati il giorno stesso dell'intervento ed è molto importante che abbiano effettuato una corretta preparazione fisica a casa nei giorni precedenti e che siano psicologicamente pronti ad affrontare l'intervento²².

Dallo studio emerge quindi la peculiarità della fase di pre ricovero dove il paziente deve ricevere tutte le informazioni appropriate sulla preparazione da effettuare, sull'intervento e sul postoperatorio e deve poter porre tutte le domande necessarie, all'interno di un "setting" favorevole²².

Il fabbisogno informativo costituisce pertanto un'esigenza quanto mai prioritaria per la persona in attesa di intervento chirurgico, aspetto che può incidere considerevolmente sul percorso clinico del paziente.

Lo studio dimostra che la persona più consapevole non solo accetta il percorso operatorio, ma si dimostra più attiva nel proprio recupero²².

1.6 Strategie di educazione/informazione rivolte al paziente chirurgico

Il bisogno di mantenere il controllo sugli eventi della propria vita è una esigenza fortemente sentita⁸, come già emerso nel primo capitolo.

L'ansia può essere definita come la risposta emotiva derivante da un evento minaccioso, imminente che nel nostro caso è rappresentato dall'intervento chirurgico e, accentuata dal fatto che i pazienti entrando in ospedale si vengono a trovare in un ambiente estraneo, al di fuori del normale contesto di vita, che può disturbare ancora di più la loro integrità psichica. A tale scopo, vanno considerati i dubbi dei pazienti circa il ritorno allo stato di autonomia precedente l'intervento chirurgico e i timori legati alla percezione delle procedure anestesologiche e chirurgiche come potenzialmente pericolose per la loro personale integrità²⁶⁻²⁷.

Molta di questa ansia deriva dalla mancanza di conoscenza riguardo la malattia da cui sono affetti e riguardo le procedure chirurgiche a cui saranno sottoposti²⁷.

Nel 2002 Hughes ha prodotto una review sull'argomento. L'autore ha considerato tutti i lavori dei trent'anni precedenti trovando una notevole quantità di dati a favore

dell'educazione sanitaria preoperatoria²⁶. E' provato, infatti, che l'educazione preoperatoria, non solo riduce l'ansia dei pazienti, ma può influire positivamente sul controllo del dolore postoperatorio e addirittura può determinare un accorciamento della degenza²⁷.

Secondo una revisione effettuata da Mercer, Madden, Davy et al.²⁸ la forma più comune di istruzione per il paziente è l'uso degli opuscoli. I fogli informativi o gli opuscoli sono spesso consegnati prima dell'intervento con lo scopo di preparare il paziente ad esso. In generale l'uso degli opuscoli sembra essere utile ad ottimizzare i livelli di conoscenza ed abilità acquisite dai pazienti. Gli opuscoli sono risultati essere più efficaci se consegnati prima del ricovero e/o se preparati specificatamente per la procedura chirurgica che verrà svolta e consegnati dopo il colloquio informativo.

Un altro metodo di educazione preoperatoria analizzato dagli autori prima citati è l'utilizzo di video²⁸. Le valutazioni sul ruolo e l'efficacia dei video nell'educazione pre-operatoria dei pazienti sono limitate. I risultati sulla loro efficacia sono contraddittori, ma si ritiene possano avere un loro ruolo in un programma educativo preoperatorio più ampio.

La terza ed ultima tecnica di educazione individuata dalla revisione è il colloquio formativo. La revisione²⁸ suggerisce che:

1. l'insegnamento pre-ricovero è più efficace di quello post ammissione in quanto i pazienti che partecipano a colloqui preoperatori hanno dimostrato un livello maggiore di conoscenza ed una conseguente riduzione dell'ansia relativa all'intervento chirurgico cui dovranno sottoporsi ;
2. l'insegnamento di gruppo è efficace quanto quello individuale per quanto riguarda i livelli di conoscenza acquisiti e la velocità di comprensione delle informazioni fornite;
3. l'insegnamento di gruppo può ridurre il tempo complessivo necessario all'acquisizione delle abilità pratiche richieste da parte del singolo paziente.

1.7 Approfondimento sul protocollo Fast Track

Henrik Kehlet , alla fine degli anni '90 definisce con il termine "Fast-Track Colorectal Surgery" una filosofia di gestione avanzata del paziente candidato ad intervento chirurgico, in questo caso di resezione coloretale. Concretamente questa filosofia di gestione avanzata consiste nell'utilizzo di anestetici e protocolli di analgesia standard, il

counseling e l'informazione preoperatoria, supplementi nutrizionali e preparazione metabolica, supporto sociale, l'utilizzo di metodi operatori mininvasivi, l'alimentazione / mobilitazione precoce al fine di mantenere l'omeostasi e una riduzione della durata della degenza che determina una attenuazione della risposta endocrina ed infiammatoria allo stress chirurgico e preservazione della funzionalità d'organo. Il fine di questa tecnica riguarda l'ottimizzazione del percorso perioperatorio con l'obiettivo di abbattere lo stress chirurgico che risulta essere l'elemento condizionante sulla durata dell'ospedalizzazione, e allo stesso tempo supportare tutte quelle funzioni che rendono possibile una rapida ripresa delle normali attività²⁹.

Allo stato attuale non esiste un unico protocollo fast track standardizzato e utilizzato in ogni realtà chirurgica, ci sono tuttavia alcuni punti riconosciuti come parte integrante di questo programma di riabilitazione avanzato. Concretamente il paziente che viene sottoposto ad intervento chirurgico con modalità Fast Track è invitato a presentarsi in reparto il pomeriggio precedente il giorno dell'intervento e la durata della degenza si riduce dai 6-7 giorni standard a 2-3 giorni³⁰.

Nel Pre-operatorio il metodo Fast Track punta all'ottimizzazione delle funzioni d'organo. Nell'Intra-operatorio si basa su metodiche per ridurre lo stress chirurgico attraverso: la mini invasività chirurgica, l'anestesia regionale, il mantenimento della normotermia e l'utilizzo di farmaci con una rapida cinetica³¹.

Nel Post-operatorio sono decisivi: il controllo del dolore, minimizzando l'uso degli oppioidi, la prevenzione della nausea e del vomito post operatorio (PONV), la mobilitazione precoce, la nutrizione per via orale precoce e l'uso limitato di sonde, cateteri e drenaggi³¹.

L'approccio fast track alla chirurgia coloretale è stato introdotto quindici anni fa da H. Kehlet³⁰ ed applicato immediatamente in alcuni centri europei e negli Stati Uniti. I risultati ottenuti sono importanti non tanto per il minor tempo di degenza ma bensì per il recupero più rapido delle condizioni pre intervento e per la riduzione delle complicanze soprattutto generali³².

Nonostante i protocolli Fast Track siano nati per la gestione perioperatoria del paziente candidato a chirurgia coloretale, la validità delle procedure generali, comuni a più chirurgie, ha reso possibile l'implementazione di queste nella pratica di altre specialità chirurgiche. Risultati positivi come la diminuzione della durata dell'ospedalizzazione e

delle complicanze, si sono ottenuti anche nei pazienti sottoposti a procedure chirurgiche differenti dalla chirurgia coloretale, come chirurgia toracica³³, vascolare³⁴⁻³⁵, ortopedia³⁶, urologia³⁶⁻³⁷ e ancora nella chirurgia dell'esofago³⁸ del pancreas³⁹ e del fegato⁴⁰.

Nonostante l'implementazione di questi protocolli nella pratica di altre specialità chirurgiche è necessario tenere in considerazione il fatto che non tutti i pazienti possono essere candidati all'approccio di tipo fast track. I criteri di esclusione sono: minore età, gravidanza, tossicodipendenza, presenza di deficit che non permettono una adeguata comprensione delle istruzioni fornite nel preoperatorio, pazienti residenti in casa di riposo e assenza di un adeguato supporto familiare e sociale per il paziente al domicilio³¹.

CAPITOLO 2: L'U.O. DI CHIRURGIA GENERALE DI CITTADELLA

Dopo che nel primo capitolo è stato proposto un approfondimento per meglio inquadrare la necessità di informazione/educazione del paziente chirurgico in questo capitolo viene presentata la realtà dell'U.O. di Chirurgia Generale di Cittadella, l'organizzazione del lavoro infermieristico ed infine le motivazioni che hanno spinto alla realizzazione della proposta progettuale.

2.1 L'unità operativa di Chirurgia di Cittadella-Ulss 15 Alta Padovana

L'unità operativa di Chirurgia Generale di Cittadella, come espresso nel documento "Politiche di reparto" aggiornato al 1 Dicembre 2014, dedica una particolare attenzione alle patologie neoplastiche ed alle tecniche chirurgiche laparoscopiche, toracoscopiche e mini-invasive in generale. Nella scelta dei trattamenti vengono applicate le linee guida e le tecniche più moderne e correntemente accettate. Al costante aggiornamento si unisce la ricerca della massima sicurezza e adeguatezza delle cure²³.

Le patologie trattate con maggiore frequenza nell'U.O. sono: calcolosi alla colecisti, pancreatite, colecistite, neoplasie epatiche, ernie e laparoceli, patologie di ambito proctologico, neoplasie gastriche, gastriti, ulcere peptiche, ernie iatali, appendiciti, diverticoliti, poliposi del colon, tumori maligni del colon, morbo di Crohn, occlusione intestinale, infarto intestinale ed infine chirurgia della mammella²⁴.

L'unità operativa dispone di 36 posti letto. Dai dati relativi al 2014 si evince che sono stati effettuati 1616 ricoveri e che la degenze media per ogni paziente è di 6,3 giorni. Dai dati relativi al 2014 risulta siano stati effettuati 1278 interventi di chirurgia maggiore²⁴.

Come indicato nella carta servizi²⁴ la mission dell' U.O. di Chirurgia Generale è quella di essere referente per la risoluzione dei problemi chirurgici della popolazione di appartenenza garantendo la prevenzione, la diagnosi, il ricovero e la cura sia in urgenza che in elezione nell'ottica di un miglioramento continuo della prestazione dei servizi forniti.

2.2 Organizzazione del lavoro infermieristico

L'equipe infermieristica è composta da 21 infermieri che si suddividono sui tre turni di lavoro. Il piano di lavoro degli infermieri del reparto prevede la presenza, sui due turni giornalieri (mattina e pomeriggio) di infermieri turnisti e "fuori turno"²⁴.

L'infermiere turnista si occupa di ricevere le consegne infermieristiche, è responsabile della corretta somministrazione della terapia orale e affianca il medico durante il giro visite occupandosi della rilevazione dei parametri vitali e della medicazione delle ferite chirurgiche in collaborazione con il chirurgo. L'infermiere fuori turno secondo il piano di lavoro di reparto ha la responsabilità di accogliere i nuovi ingressi ed eseguire i prelievi di routine; è inoltre responsabile della somministrare la terapia infusione e della gestione degli operati al ritorno dalla sala operatoria affiancando l'infermiere turnista anche nel passaggio di consegne a fine turno²⁵.

In occasione dell'esperienza di tirocinio svolta presso questa Unità Operativa durante il secondo anno di corso, ho potuto constatare che, a causa di questa modalità organizzativa di tipo funzionale molte volte non c'era la possibilità di fornire un'assistenza di tipo personalizzato ai bisogni di salute che la persona esprimeva.

Dal colloquio con gli infermieri del reparto è emersa la percezione che questo rappresenti un limite anche all'espressione della loro professionalità. L'equipe infermieristica ritiene importante dare maggiore spazio alla persona e al soddisfacimento dei bisogni di salute espressi dal paziente e pertanto è disposta ad attuare un cambiamento in tale senso.

Dal colloquio con il coordinatore infermieristico è emersa una particolare sensibilità relativa a questo tema e alle richieste che provengono da parte dell'equipe infermieristica.

Questo limite professionale del modello funzionale è evidenziato anche dal fatto che il luogo dove si esprime l'attenzione clinica e la sicurezza del paziente è il day service che, sempre secondo la carta servizi di U.O., vuole essere funzionale alle necessità di gestione di situazioni cliniche complesse tali da richiedere una presa in carico del paziente per un inquadramento globale e la definizione della relativa gestione assistenziale²⁴.

Nella realtà di Cittadella il day service, gestito da personale amministrativo, identifica i percorsi assistenziali finalizzati alla risposta al bisogno di salute del singolo paziente²⁴.

2.3 Le prospettive di cambiamento

L'equipe infermieristica guidata dal coordinatore ritiene opportuno cominciare un percorso di cambiamento a livello organizzativo che consenta di arrivare ad una modalità di assistenza centrata sui bisogni del paziente.

Così come evidenziato nel primo capitolo, per attuare una personalizzazione dell'assistenza è necessario individuare quali sono i reali bisogni di salute del paziente.

L'equipe infermieristica del reparto è consapevole del fatto che per attuare un progetto di personalizzazione assistenziale e di riorganizzazione del lavoro è necessario attuare un cambiamento graduale cominciando da un singolo bisogno per poi andare ad integrare con la personalizzazione di altri bisogni.

A partire dall'analisi dei bisogni di salute dei pazienti individuati dalla letteratura effettuata dalla sottoscritta in collaborazione con gli infermieri di reparto, nel confronto con l'equipe è emerso il desiderio di lavorare sul bisogno di educazione preoperatoria del paziente ritenendo di non avere uno spazio adeguato da dedicare a questo tipo di attività.

I pazienti attualmente nel preoperatorio hanno un colloquio con il personale amministrativo del day service che fornisce informazioni di tipo burocratico ad esempio l'orario di ingresso, l'orario dell'intervento, gli appuntamenti che riguardano l'iter preoperatorio. Gli infermieri accolgono i pazienti nel momento dell'ingresso in reparto il giorno prima dell'intervento o il giorno stesso dell'intervento e hanno la possibilità di dedicare un tempo molto limitato per rispondere alle numerose domande che provengono dai pazienti.

Gli infermieri concordano, come anche rilevato dalla letteratura, sull'importanza del colloquio preoperatorio al fine di mantenere il controllo, ridurre l'ansietà, migliorare l'accettazione, creare aspettative realistiche, promuovere l'autocura e la partecipazione, generare sentimenti di protezione e sicurezza. Per questo motivo hanno proposto di cominciare il percorso verso una personalizzazione dell'assistenza e una maggiore attenzione ai bisogni del paziente partendo dal bisogno di educazione/informazione preoperatoria.

L'unità operativa di Chirurgia Generale di Cittadella nell'ultimo periodo sta focalizzando la propria attenzione sul protocollo fast track che attraverso un programma di riabilitazione precoce mira a ridurre lo stress chirurgico. L'equipe infermieristica ritiene opportuno cominciare il percorso di educazione preoperatoria partendo dai pazienti candidati a intervento al colon retto di tipo fast track in quanto richiede una partecipazione attiva del paziente e dei propri familiari nel decorso preoperatorio.

Attualmente il paziente, che deve essere sottoposto ad intervento di resezione coloretale candidato al fast track, esegue il colloquio con il chirurgo che illustra l'intervento chirurgico e spiega brevemente in cosa consiste la riabilitazione fast track. La spiegazione dettagliata di quello che sarà il percorso riabilitativo e di assistenza post operatoria viene

attualmente illustrata in un opuscolo e non è prevista alcuna forma di comunicazione verbale.

Gli infermieri ritengono che attraverso un colloquio strutturato rivolto ai pazienti candidati a questo tipo di intervento sia possibile fornire informazioni più dettagliate riguardo a quello che sarà l'assistenza nel post operatorio e promuovere una maggior partecipazione da parte dei pazienti.

Come sostenuto dalla letteratura, l'informazione scritta è utile per il paziente come sostegno a quanto spiegato durante un colloquio. L'informazione scritta è utile al paziente per trattenere meglio le informazioni che gli vengono date durante il colloquio.

L'equipe infermieristica intende partire dalla sperimentazione di questo progetto e una volta valutati i risultati eventualmente espandere questo tipo di approccio anche a pazienti che devono essere sottoposti ad altri tipi di intervento.

TERZO CAPITOLO:PROPOSTA PROGETTUALE

Il terzo capitolo fornisce un'analisi di fattibilità nella realtà dell'U.O. di Chirurgia Generale di Cittadella e, in riferimento alle strategie consigliate dalla letteratura, si propone una proposta di colloquio preoperatorio strutturato che, accompagnato dalla consegna dell'opuscolo, possa facilitare la comprensione ed il ricordo delle informazioni ricevute.

3.1 Individuazione della strategia ed analisi di fattibilità per l'applicazione nel contesto di Cittadella

Dopo aver individuato le tecniche di informazione/educazione riconosciute valide in letteratura, attraverso il colloquio con i membri dell'equipe infermieristica e con il coordinatore è emersa la volontà di focalizzare l'attenzione sul momento preoperatorio con le relative esigenze informative presentate dai pazienti candidati all'intervento chirurgico.

In base al modello organizzativo attuale, che prevede la presenza di quattro infermieri "fuori turno" durante il turno del mattino, e due durante il turno del pomeriggio, risulta possibile individuare una figura infermieristica che possa dedicarsi all'organizzazione e conduzione dei colloqui preoperatori .

In base all'organizzazione attuale e alla disponibilità dell'equipe è possibile che un infermiere possa dedicarsi alla gestione dei colloqui preoperatori. Una diversa articolazione dell'attuale distribuzione dei compiti permette di mettere a disposizione ogni settimana per mezza giornata un infermiere per la realizzazione dei colloqui. L'infermiere responsabile della realizzazione dei colloqui preoperatori si occuperà inoltre di assistere i colleghi "fuori turno" nella gestione dei nuovi ingressi, nella compilazione della relativa cartella infermieristica e nella revisione delle cartelle cliniche dei pazienti candidati ad intervento del giorno seguente.

3.2 Proposta di colloquio di informazione/educazione per pazienti candidati ad intervento di resezione coloretale di tipo Fast Track

Per la strutturazione della proposta di una griglia di colloquio da realizzare si sono presi in considerazione i seguenti elementi:

AMBITO/ELEMENTO	SCELTA	MOTIVAZIONE
Popolazione di applicazione	Adulti candidati a resezione colorettrale con approccio di tipo fast track.	L'approccio di tipo fast track può essere applicato solo in pazienti adulti.
Condizioni cliniche	Interventi in elezione	L'approccio di tipo fast track non può essere applicato in urgenza.
Limiti di applicazione	<ul style="list-style-type: none"> · Minori <18 anni · Gravidanza · Pazienti con deficit di comprensione (sordità, non comprensione della lingua) · Pazienti residenti in casa di riposo · Pazienti che non dispongono di un adeguato supporto al domicilio 	L'approccio di tipo fast track richiede una comprensione completa delle istruzioni da seguire durante l'iter perioperatorio. L'approccio di tipo fast track richiede un adeguato supporto a livello domiciliare.
Momento di somministrazione	Una settimana prima dell'ingresso in reparto.	Viene data al paziente la possibilità di rielaborare e rivedere a casa, con l'ausilio dell'opuscolo informativo, tutte le informazioni fornite.
Condizioni di somministrazione	Pazienti candidati ad intervento di resezione colorettrale in elezione	L'approccio di tipo fast track viene applicato solo negli interventi in elezione così da poter garantire una adeguata informazione/educazione del paziente per quanto riguarda l'iter perioperatorio.
Setting di realizzazione del colloquio	Locale con disponibilità di riservatezza	Garantisce la privacy del paziente e da la possibilità di avere un colloquio individuale in cui il paziente si senta libero di esprimere dubbi riguardo quanto illustrato dall'infermiere.
Informazioni sulla sequenza temporale	Informazioni sul pre-intra- post operatorio	Chiarire al paziente quali saranno le fasi dell'iter perioperatorio e quali saranno le azioni che gli verranno richieste al fine di avere una maggiore collaborazione.
Informazioni sulla procedura tecnica	Illustrazione delle fasi tecniche della procedura.	Rispondere ad eventuali dubbi del paziente su quanto gli è stato illustrato dal chirurgo.
Presidi utilizzati	Vie infusive, drenaggi, catetere vescicale, catetere peridurale.	Illustrare al paziente i presidi che verranno utilizzati e la loro funzione in modo da aumentare la compliance del paziente e ridurre lo stress del paziente dovuto alla scarsa conoscenza di quanto avverrà in fase intra e post operatoria.
In caso di dolore	Come\chi chiamare Quando segnalare	Educare il paziente a segnalare tempestivamente al personale infermieristico per permettere un'azione celere ed evitare che il dolore diventi troppo intenso e di difficile gestione.
Segni/Sintomi da segnalare	Descrizione dei segni/sintomi di interesse: dolore improvviso ed intenso, sudorazione algida, ferita sporca, formicolio agli arti, sanguinamento.	Educare il paziente sui segni e sintomi da segnalare tempestivamente per permettere un'azione rapida, favorire una maggiore collaborazione e consapevolezza da parte del paziente.

La proposta di una traccia operativa per condurre il colloquio informativo\educativo con il paziente candidato all'intervento chirurgico con modalità fast track è presentata con una articolazione tabellare che permetta di visualizzarne efficacemente sequenza e contenuti.

Il colloquio strutturato qui proposto è suddiviso nelle varie fasi di cui si compone l'esperienza perioperatoria del paziente. L'obiettivo dell'infermiere che andrà a realizzare il colloquio sarà quello di fornire informazione e stimoli educativi che permettano alla persona la comprensione ed il maggiore controllo possibile sulla propria esperienza di malattia, di stimolare la partecipazione attiva al processo di cura e recupero della salute.

FASE DEL COLLOQUIO/ MOMENTO PERIOPERATORIO ILLUSTRATO	OBIETTIVO INFORMATIVO	DETTAGLIO
<p>ACCOGLIENZA</p>	<p>Ha lo scopo di mettere a proprio agio il paziente, rassicurarlo facendo in modo che si senta sostenuto dall'equipe infermieristica che avrà cura di lui durante la degenza anche nel momento della scelta dell'intervento chirurgico a cui sottoporsi. Il momento dell'accoglienza ha inoltre lo scopo di conoscere il paziente (dati anagrafici, stile vita, condizione familiare e rete di supporto) e il suo vissuto di malattia (il livello di accettazione della patologia).</p>	<p>Raccogliere informazioni su:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dati anagrafici del paziente (data e luogo di nascita, città di residenza) • Stile di vita (fumo, consumo di alcol attività sportiva e attività svolte nel tempo libero, abitudini alimentari) • Condizione familiare (accertare la presenza di familiari che possano essere presenti durante il decorso post operatorio) • Rete di supporto • Approccio alla malattia (accertare come il paziente ha accolto la diagnosi e la necessità di essere sottoposto ad intervento chirurgico) • Cambiamenti apportati dalla malattia allo stile di vita (lavoro, famiglia, e rapporti sociali)
<p>INFORMAZIONI SUL PREOPERATORIO</p>	<p>Lo scopo è quello di illustrare brevemente durante il colloquio svolto una settimana prima dell'intervento, l'iter a cui dovrà sottoporsi il paziente fino al momento del ricovero.</p>	<p>informare su:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Completamento iter preoperatorio • Colloquio con anestesista per parlare del dolore post operatorio e dell'anestesia durante l'intervento

<p style="text-align: center;">INFORMAZIONE / EDUCAZIONE SUL GIORNO DEL RICOVERO</p>	<p>Ha lo scopo di rendere partecipe il paziente sull'assistenza che gli verrà fornita durante il giorno prima dell'intervento al momento del ricovero.</p>	<p>Illustrazione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ora prevista del ricovero • Accompagnamento unità letto • Eventuale clistere serale che verrà effettuato in ospedale dal personale infermieristico.
<p style="text-align: center;">OBIETTIVI DEGLI INTERVENTI EDUCATIVI</p>	<p>Il paziente dimostrerà di saper utilizzare il triflow e di aver capito l'importanza di un costante esercizio respiratorio; dimostrerà di aver capito l'informazioni da inserire all'interno del diario delle attività e di aver capito la dieta da seguire nel preoperatorio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Educazione sull'utilizzo dell'incentivatore respiratorio <i>triflow</i> • Educazione sull'utilizzo del diario delle attività che verrà visionato dal chirurgo e relativo alla mobilitazione, all'assunzione di liquidi, all'alimentazione e ai movimenti intestinali. • Educazione all'alimentazione pre intervento (dieta leggera povera di scorie da seguire solo nel giorno del ricovero)
<p style="text-align: center;">INFORMAZIONI RELATIVE ALL'INTERVENTO</p>	<p>Il paziente ha da poco sostenuto un colloquio con il chirurgo che ha spiegato la patologia e le modalità di intervento al paziente. Da un punto di vista infermieristico lo scopo di questa fase è quello di illustrare brevemente e con parole semplici la modalità di intervento e verificare se per il paziente sono chiare le informazioni ricevute precedentemente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sintetica e semplice spiegazione dell'intervento (riprendere sinteticamente la spiegazione della procedura chirurgica già affrontata dal chirurgo) • Eventuali domande del paziente su quanto spiegato dal chirurgo precedentemente

<p style="text-align: center;">INFORMAZIONI RELATIVE ALL'IMMEDIATO POST OPERATORIO</p>	<p>Lo scopo di questa fase è quello di fornire informazioni riguardanti l'uscita dalla sala operatoria e la presenza di presidi che saranno applicati durante l'intervento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Modalità di rientro in reparto (il paziente verrà accompagnato dagli operatori del blocco operatorio) • Non presenza di sondino naso gastrico • Presenza e spiegazione della funzione drenaggi addominali • Presenza e spiegazione della funzione del catetere vescicale • Presenza e spiegazione della funzione del catetere peridurale
<p style="text-align: center;">INFORMAZIONE RELATIVA AL POST OPERATORIO</p>	<p>Lo scopo di questa fase è quello di spiegare al paziente cosa ci si aspetta a poche ore dal suo rientro in reparto. E' importante ribadire che il programma riabilitativo proposto sarà di grande vantaggio per una quanto più veloce guarigione. Il paziente oltre ad aver assimilato le informazioni tecniche fornite sarà in grado di descrivere l'organizzazione delle attività che dovrà svolgere nel post operatorio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alzarsi dal letto 4-6 ore dopo l'intervento. • Utilizzo triflow (un utilizzo frequente dovrebbe portare il paziente a riuscire al alzare le tre palline prima della dimissione che avverrà entro 2/3 giorni dall'intervento) • Farmaci antidolorifici (somministrazione di un antidolorifico orale prima della notte e possibilità in caso di dolore di ulteriore terapia) • Posizionamento maschera per O2 terapia durante lo svolgimento di tutte le attività per ridurre la possibilità di comparsa di complicazioni della ferita e nello specifico la comparsa di infezioni. • Riposo ed eventuale terapia del caso

<p align="center">INFORMAZIONE/EDUCAZIONE RELATIVA AL PRIMO GIORNO DOPO L'INTERVENTO</p>	<p>Lo scopo di questa fase è quello di illustrare quali saranno le attività medico infermieristiche che verranno svolte e quali saranno le attività che verranno richieste al paziente nel percorso riabilitativo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Rimozione catetere vescicale durante la mattinata ● Raccolta urine delle 24 ore al fine di eseguire un bilancio entrate/uscite
<p align="center">OBIETTIVI DEGLI INTERVENTI EDUCATIVI</p>	<p>Il paziente oltre a dimostrare di aver capito le informazioni relative alla mobilitazione, alla gestione dei presidi da parte del personale dimostrerà di saper scegliere la dieta più adeguata per il primo giorno dopo l'intervento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Assunzione di 4 bevande con carboidrati e proteine che verranno fornite dal personale di reparto. ● Informazioni sulla mobilitazione (invitare il paziente a stare fuori dal letto per più di 6 ore e eseguire almeno due passeggiate all'interno del reparto) ● Educazione all'alimentazione che deve essere progressivamente normale (dieta post chirurgica)
<p align="center">INFORMAZIONI RELATIVE AL SECONDO GIORNO DOPO L'INTERVENTO</p>	<p>Lo scopo di questa fase è quello di illustrare quali saranno le attività medico infermieristiche che verranno svolte e quali saranno le attività che verranno richieste al paziente nel percorso riabilitativo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Rimozione catetere peridurale durante la mattina ● Terapia antidolorifica per os da ridurre nei giorni successivi ● Terapia antidolorifica al bisogno ● Eventuale prelievo del sangue alla mattina ● Assunzione liquidi ed alimenti (assunzione di due litri di acqua al giorno e alimentazione senza restrizioni) ● Mobilitazione (invitare il paziente a stare a letto solo durante la notte e per un breve periodo dopo pranzo)

<p align="center">INFORMAZIONI RELATIVE AI GIORNI SUCCESSIVI</p>	<p>Questa fase ha lo scopo di illustrare al paziente quali sono i miglioramenti che ci si attende (es. dolore sotto controllo, recupero propria mobilità) e quali sono i criteri attraverso i quali si programma la dimissione. Vengono fornite informazioni relative alla dimissione e su come comportarsi nel caso in cui in seguito alla dimissione il paziente dovesse riscontrare problematiche particolari.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Criteri per la dimissione (completo controllo del dolore con analgesia orale, ripresa della nutrizione orale, recupero del transito intestinale ai gas) • Lettera di dimissione con dieta e terapia da seguire al domicilio. • Numeri utili da contattare in caso di problemi
<p align="center">INFORMAZIONI RELATIVE AL POST DIMISSIONE</p>	<p>Questa fase ha lo scopo di informare il paziente riguardo gli appuntamenti dopo la dimissione.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Controllo a dieci giorni dall'intervento e rimozione punti di sutura • Controllo a trenta giorni dall'intervento.
<p align="center">VERIFICA DELLA COMPrensIONE</p>	<p>In questa fase molto importante innanzi tutto è utile accertarsi delle informazioni che sono state effettivamente ritenute dal paziente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Feedback del paziente
<p align="center">EVENTUALI RICHIESTE AGGIUNTIVE DI INFORMAZIONE DA PARTE DEL PAZIENTE</p>	<p>Viene chiesto al paziente di esprimere i propri dubbi e le proprie perplessità riguardo quanto gli è stato detto e di esprimere le proprie paure. Nella fase conclusiva è importante ricordare al paziente che per questo tipo di intervento è essenziale la sua collaborazione.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Domande del paziente su quanto spiegato • Paure relative al ricovero • Ribadire l'importanza della collaborazione

3.3 Conclusioni

A conclusione dell'intero lavoro di approfondimento qui presentato è possibile focalizzare delle riflessioni. L'educazione e l'informazione al paziente è un aspetto caratterizzante della professione infermieristica. Il ruolo dell'infermiere si gioca tanto nella pratica quanto nella relazione, nella comunicazione ed infine educazione del paziente. L'educazione/informazione in generale è ritenuta di rilevante importanza per il paziente in quanto consente di ridurre l'ansia relativa al ricovero, migliorare l'accettazione della malattia, mantenere il controllo della situazione, creare aspettative realistiche e promuovere una maggiore partecipazione del paziente stesso nel processo di cura.

L'importanza dell'educazione/informazione del paziente è ancor più rilevante nel contesto chirurgico in cui la persona si trova a dover affrontare un evento stressante sia da un punto di vista organico sia da un punto di vista psicologico. Una adeguata educazione/informazione preoperatoria rende il paziente più consapevole e più attivo per quanto riguarda il percorso di cure da seguire.

Da quanto riportato in letteratura è possibile affermare che la forma di educazione/informazione più adeguata per i pazienti è il colloquio attraverso il quale è possibile fornire informazioni, ricevere un feedback da parte del paziente ed instaurare una relazione con l'assistito. Al termine del colloquio è utile fornire al paziente un opuscolo informativo che illustri tutte le informazioni importanti sulle quali si è concentrato il colloquio. In quanto questa è la tecnica che i pazienti ritengono più utile al fine di ritenere in maniera più completa le informazioni ricevute.

L'U.O. di Chirurgia Generale di Cittadella ha accolto positivamente la proposta di colloquio preoperatorio ed intende cominciare la sperimentazione dello stesso a partire dal Gennaio 2016, nell'ottica di cominciare un percorso di cambiamento che porti, nel tempo, ad una assistenza infermieristica personalizzata e centrata sui bisogni di salute dei pazienti. Secondo il punto di vista della scrivente, il modello di colloquio proposto è uno strumento sufficientemente sintetico che ha buona possibilità di risultare utile all'infermiere, che si occuperà della conduzione dei colloqui, sia come strumento per dare un ordine preciso e standard al colloquio in se sia come pro memoria al fine di riuscire a fornire le molte informazioni previste a tutti i pazienti.

BIBLIOGRAFIA

1. Manara D. F. Verso una teoria dei bisogni dell'assistenza infermieristica. Milano: Lauri Edizioni; 2000. 148-198.
2. Maslow A. Verso una psicologia dell'essere. 3. Roma: Ubaldini Roma; 1971. 11-15.
3. Zanotti R. Il paradigma di Virginia Henderson e Dorothea Orem: teoria generale dell'assistenza in Filosofia e teoria nella moderna concettualità del nursing professionale. Padova: Piccin; 2010.153-155.
4. Juchli L., Vogel A. L'assistenza infermieristica di base. Firenze: Rosini Editrice; 1985. 7-34.
5. Henderson V. Che cos'è il nursing?. 2. Firenze: Regione Toscana; 1978. 28-29,55.
6. Fabbri C, Montalti M. L'infermiere: manuale teorico-pratico di infermieristica. Santarcangelo di Romagna: Maggioli Editore; 2013.
7. Cantarelli M. Il modello delle prestazioni infermieristiche.2. Amsterdam: Elsevier;1996
8. Vanzetta M, Vallicella F. Il punto di vista dell'utente: come si misura e quanto costa misurarlo. Management infermieristico. 2000;4: 13-18.
9. D.M. 14 Settembre 1994. n. 739 .Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere.
10. Carli E. Le regole della professione. Aggiornamenti Professionali 1999; 2: 15-19.
11. Suhonen R. Clinical ethics and challenges to individualized care”Clinical ethics and challenges to individualized care. Nurs Ethics.2003;17:541.
12. Manara D.F. Eguaglianza, diseguaglianza, differenza: le sfide dell'alterità all'assistenza infermieristica, in Tolleranza: limite o virtù. Per un'etica della professione. Atti del Convegno A.N.I.N.Milano. 1996.
13. Komatsu. Yagasaki. The power of nursing: guiding patients through a journey of uncertainty. European Journal of oncology.2014;4 (18): 419-424.
14. Zanotti R. Uso ottimale delle risorse: infermiere od OTAA nella nuova organizzazione dell'assistenza. Padova: Ceref; 2003. 15-88.
15. Marconcini, Rinaldi “Case management: un modello organizzativo per la cura del paziente psichiatrico”. Centro di salute mentale di Manfredonia.2010. Disponibile a: http://www.scienzeinfermieristiche.net/files/compendio_sul_case_managment_marconcini_stefano_e.pdf. Ultimo accesso: 2 Ottobre 2015.

16. Mills M.E., Sullivan K. The importance of information giving for patients newly diagnosed with cancer: a review of literature. *Journal of Clinical Nursing*. 1999;6 (8):631-642.
17. Chauhan G., Long A. Communication is the essence of nursing care. 1: Breaking bad news. *British Journal of Nursing*. 2000; 3:27.
18. Bateson, G., Ruesh, J. *Communication: the Social Matrix of Psychiatry*. 2. New York: Norton;1951.
19. Marcolongo R., Rigoli A. Educazione terapeutica ai pazienti. Disponibile a: <http://www.lupus-italy.org/icaro/educazionepazienti.html>. Ultimo accesso:3 Ottobre 2015.
20. Calanchi S., Chiarelli P., Capodiferno P. Tecniche e metodologie d'informazione sanitaria del paziente da parte degli infermieri. Centro Studi EBN. Azienda Ospedaliera di Bologna – Policlinico S. Orsola-Malpighi.
21. Washburn, P. V. How to improve patient education. *Hospital Topics*.2000;4(78):5.
22. Ferrarello G. Educazione sanitaria al paziente nel nursing perioperatorio. Centri studi EBN - Direzione Servizio Infermieristico e Tecnico Azienda Ospedaliera di Bologna - Policlinico S.Orsola-Malpighi
23. Ospedale di Cittadella. Unità operativa di Chirurgia Generale. Politiche di reparto. 1 Dicembre 2014.
24. Chirurgia Generale. Presidio ospedaliero di Cittadella. Carta dei servizi.
25. Chirurgia Generale. Presidio ospedaliero di Cittadella. Piani di lavoro degli infermieri. 20 Ottobre 2014.
26. Hughes S. The effects of giving patients pre-operative information. *Nurs Stand* 2002; 16(28): 33.
27. Swindale JE. The nurse role in giving pre-operative information to reduce anxiety in patients admitted to hospital for elective minor surgery. *J Adv Nurs* 1989; 14:899.
28. Mercer L., Madden L., Davy C. et al. Trad. Ferrarello G. Centro Studi EBN – Direzione Servizio Infermieristico e Tecnico Azienda Ospedaliera di Bologna – Policlinico S.Orsola. *Best Practice*. 2000; 4(6):1-6
29. Kehlet H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. *Br J Anaesth* 1997;78:606–17.

30. Varadhan KK, Lobo DN, Ljungqvist O. Enhanced recovery after surgery: the future of improving surgical care. *Crit Care Clin.* 2010;26(3):527-47.
31. Mastracci TM, Cohen Z, Senagore A. 24. Fast-track programs in colonic surgery. Systematic review of enhanced recovery programmes in colonic surgery. *Can J Surg.* 2008;51(1):70-2.
32. Branagan G., Richardson L., Shetty A., Chave HS. An enhanced recovery programme reduces length of stay after rectal surgery. *Int J Colorectal Dis.* 2010;25(11):1359-62. Epub 2010 Aug 17.
33. McKenna RJ Jr, Mahtabifard A, Pickens A, et al. Fast-tracking after videoassisted thoracoscopic surgery lobectomy, segmentectomy, and pneumonectomy. *Ann Thorac Surg* 2007;84:1663-7.
34. Muehling B, Schelzig H, Steffen P, et al. A prospective randomized trial comparing traditional and fast-track patient care in elective open infrarenal aneurysm repair. *World J Surg* 2009;33:577-85.
35. Murphy MA, Richards T, Atkinson C, et al. Fast track open aortic surgery: reduced post operative stay with a goal directed pathway. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2007;34:274-8.
36. Husted H, Solgaard S, Hansen TB, Søballe K, Kehlet H. Care principles at four fast-track arthroplasty departments in Denmark. *Dan Med Bull.* 2010 Jul;57(7):A4166.
37. Arumainayagam N, McGrath J, Jefferson KP, et al. Introduction of an enhanced recovery protocol for radical cystectomy. *BJU Int* 2008;101:698-701.
38. Gralla O, Haas F, Knoll N, et al. Fast-track surgery in laparoscopic radical prostatectomy: basic principles. *World J Urol* 2007;25:185-91.
39. Low DE. Evolution in perioperative management of patients undergoing oesophagectomy. *Br J Surg* 2007;94:655-6.
40. Balzano G, Zerbi A, Braga M, et al. Fast-track recovery programme after pancreaticoduodenectomy reduces delayed gastric emptying. *Br J Surg* 2008; 95:1387-93.
41. MacKay G, O'Dwyer PJ. Early discharge following liver resection for colorectal metastases. *Scott Med J* 2008;53:22-4.