



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

**PROCESSO EDUCATIVO DI DIMISSIONE
NEI SETTING CHIRURGICI:
ANALISI DEGLI OUTCOME**

Relatore:
STEFANIA LIBERATI

Tesi di Laurea di:
VALERIA SALVUCCI

A.A. 2018/2019



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

PROCESSO EDUCATIVO DI DIMISSIONE
NEI SETTING CHIRURGICI:
ANALISI DEGLI OUTCOME

Relatore:

STEFANIA LIBERATI

Tesi di Laurea di:

VALERIA SALVUCCI

*“Apprensione, incertezza, attesa, aspettative, paura delle novità,
fanno a un paziente più male di ogni fatica.”*

Florence Nightingale

INDICE

ABSTRACT

INTRODUZIONE

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | EVOLUZIONE DELLA CHIRURGIA..... | 3 |
| 2 | INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE AL PAZIENTE CHIRURGICO | 6 |
| 2.1 | Protocollo ERAS..... | 7 |
| 3 | INTERVENTI EDUCATIVI..... | 11 |
| 3.1 | Efficacia interventi educativi nella riduzione dell'ansia del paziente chirurgico..... | 14 |
| 3.1.1 | Efficacia interventi educativi nella riduzione dell'ansia del paziente chirurgico in età pediatrica | 18 |
| 3.2 | Efficacia interventi educativi nell'autogestione del dolore post-operatorio..... | 21 |
| 3.3 | Efficacia interventi educativi nella riduzione delle infezioni del sito chirurgico..... | 23 |
| 4 | STRUMENTI EDUCATIVI | 25 |
| 4.1 | Opuscoli | 26 |
| 4.2 | Video..... | 30 |
| 4.3 | Pacchetti d'apprendimento..... | 32 |
| 5 | CONCLUSIONE..... | 35 |
| 6 | BIBLIOGRAFIA..... | 37 |

ABSTRACT

Background

Le procedure chirurgiche possono essere fonte di dolore e disagio fisico ed emotivo. È in questa situazione stressante che l'infermiere si propone come la figura più adatta per valutare ed educare nell'esperienza ospedaliera gli assistiti al fine di migliorare il loro decorso post-operatorio.

Nel contesto di un percorso operatorio l'infermiere ricopre un ruolo fondamentale in quella che è l'assistenza, l'educazione e l'informazione dell'assistito che deve sottoporsi a interventi o procedure diagnostiche.

Obiettivo

L'obiettivo di questa tesi è quello di analizzare gli outcome di un intervento educativo strutturato rivolto a pazienti ricoverati nei setting chirurgici e di individuare quali strumenti/metodi educativi risultano essere più efficaci nel trasmettere informazioni necessarie al miglioramento del decorso post-operatorio.

Metodologia

È stata fatta una revisione della letteratura utilizzando database come Cochrane, Cinhal, PUBMED. I principali termini utilizzati per la ricerca sono stati: educazione dimissione, periodo post-operatorio, paziente chirurgico, outcome, assistenza infermieristica.

Conclusioni

L'educazione ai pazienti chirurgici, fornisce loro le conoscenze e le abilità necessarie per impegnarsi nelle loro cure dopo la dimissione, riducendo l'insorgenza di complicanze post-dimissione e riammissione imprevista in ospedale.

Key words

Education, discharge, postoperative period, surgical patient, outcome, nursing care.

INTRODUZIONE

I progressi svolti in ambito sanitario, in merito alle conoscenze e alle tecniche chirurgiche, hanno portato nella attuale realtà sanitaria a una notevole riduzione delle giornate di ricovero e dei tempi utili alla preparazione degli interventi. Tale fenomeno si è riversato in un incremento della complessità degli interventi educativi del personale sanitario, impegnato a fronteggiare un aumento delle quantità delle informazioni in un arco di tempo sempre più limitato.

I maggiori rischi derivanti dalla concomitanza di questi elementi, riguarda una compromissione dell'efficacia e completezza delle informazioni e dell'educazione fornita, con possibili ripercussioni sulla soddisfazione dell'utente riguardo il proprio processo chirurgico. Le ricerche, a tal proposito, hanno infatti dimostrato che l'educazione può migliorare sia i risultati del paziente, sia la sua soddisfazione nei confronti dell'esperienza chirurgica. [1] Inoltre il paziente se ben informato oltre a mostrare un maggior gradimento, partecipa in maniera più attiva al proprio percorso di cura.

“L’infermieristica è una professione con funzione preventiva, curativa, palliativa, riabilitativa, di natura tecnica, relazionale ed educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l’assistenza dei disabili di tutte le età e l’educazione sanitaria”. [2]

Ed ancora:

“L’Infermiere orienta il suo agire al bene della persona, della famiglia e della collettività. Le sue azioni si realizzano e si sviluppano nell’ambito della pratica clinica, dell’organizzazione, dell’educazione e della ricerca.” [3]

Come riportato dal Profilo Professionale e dal Codice Deontologico, nell’ambito dell’assistenza al malato, l’infermiere assume anche il ruolo di educatore. Lo scopo del suo intervento è quello di porre il paziente nelle condizioni di comprendere ed assimilare, e quindi “far proprie”, informazioni, suggerimenti, nozioni e conoscenze strettamente correlate ed utili al mantenimento del suo stato di salute. Egli è il professionista che più di altri si trova a stretto contatto con l’utenza nella fase

preoperatoria e che quindi si appresta di più a soddisfare le necessità di informazione richiesta dai pazienti. Nello specifico ambito chirurgico, l'infermiere progetterà un intervento educativo che comprenda tutte le fasi dell'intervento, diventando così il diretto responsabile dell'educazione dell'utente per quanto concerne l'assistenza. Il professionista dovrà quindi relazionarsi con il soggetto al fine di istruirlo ed educarlo ad adottare comportamenti utili a ridurre il rischio di comparsa di complicanze postoperatorie. Tali comportamenti se mantenuti anche a domicilio consentiranno al paziente di preservare il suo stato di salute. Ed è proprio nei confronti di questo aspetto che Blay, nel suo studio, riporta una stretta dipendenza tra l'educazione preoperatoria e l'aumento della capacità di autocura e di gestione delle complicanze da parte dell'utenza. [4]

1 EVOLUZIONE DELLA CHIRURGIA

L'intervento chirurgico è di per sé un evento complesso e stressante che crea delle attese nel paziente.

In pochi decenni il mondo della chirurgia è profondamente cambiato. I determinanti di questo cambiamento sono forze contrapposte che necessitano di uno sforzo continuo da parte dei professionisti a revisioni della pratica clinica e dei management aziendali, all'aggiornamento dei modelli organizzativi nella erogazione delle prestazioni, per trovare un equilibrio fra la domanda e la sostenibilità della risposta all'interno delle organizzazioni sanitarie.

L'aumento progressivo della popolazione anziana e la riduzione della natalità ha determinato una sensibile trasformazione delle malattie prevalenti ed è contestualmente cambiato l'approccio diagnostico e terapeutico delle stesse.

Ciò è dovuto ovviamente anche alla repentina costante e straordinaria evoluzione dei mezzi di cui oggi si dispone sia nell'ambito diagnostico che terapeutico.

Questi motivi, e numerosi altri ancora hanno portato quasi tutti i paesi a ridurre sensibilmente il numero dei posti letto in ospedale e ad incentivare invece servizi alternativi al ricovero quali i day hospital, gli ambulatori, assistenza domiciliare, ed infine la one day surgery. Tale modello assistenziale si evolve dalla necessità di ridurre la spesa sanitaria e contemporaneamente di migliorare la qualità delle prestazioni offerte per far fronte ad una domanda di salute sempre più complessa.

La chirurgia di giorno (Day Surgery) è definita in questo documento come l'esecuzione di una procedura fatta senza la necessità che il paziente sia sottoposto al ricovero notturno prima o dopo l'intervento. I pazienti sottoposti a procedure in day surgery sono orientati verso centri chirurgici dedicati o unità poste all'interno di una struttura di ricovero a ciclo continuo. Gli interventi eseguiti in regime di day surgery includono, ma non solo, la chirurgia ortopedica, gli interventi ginecologici, l'oculistica, la chirurgia plastica e un'ampia gamma di altri interventi e procedure.

Dagli anni 70 c'è stato un rapido aumento del numero di procedure che vengono effettuate come chirurgia ambulatoriale o di giorno. Si stima che nei paesi sviluppati il 50% di tutti gli interventi chirurgici siano effettuati su base ambulatoriale.

In opposizione ai vantaggi come un maggior numero di ricoveri, riduzione dei costi e aumentata soddisfazione del paziente si presentano anche gli svantaggi propri del regime day surgery come un inadeguato controllo della nausea, del vomito e del dolore post-operatorio con un maggior aggravio per i membri della famiglia e servizi domiciliari.

L'assistenza pre intra e post-operatoria include il monitoraggio, la valutazione, la dimissione e il follow-up telefonico strategie frequentemente implementate nelle unità di day surgery per ridurre le complicanze e per venire incontro ai bisogni del paziente. Questo modello organizzativo ed assistenziale permette di razionalizzare l'afflusso in sala operatoria, differenziando i pazienti portatori di patologie trattabili senza la necessità di rimanere in ospedale più di un solo giorno da quelli che per complessità e tipologia, sono invece portatori di malattie la cui cura prevede un protrarsi delle giornate di degenza. [5]

Il regime assistenziale di ricovero diurno è stato introdotto nel Servizio Sanitario Nazionale con la Legge n. 595 dell'ottobre 1985 ed è stato posto in una posizione intermedia tra il regime di ricovero ordinario e l'attività ambulatoriale. L'articolo 4 comma 2 della Legge 30 dicembre 1991, n. 412, demandando alle Regioni e Province autonome la riorganizzazione della rete ospedaliera, fissa l'obbligo di attivazione di strutture preposte all'assistenza ospedaliera diurna mentre, con il DPR del 20 ottobre 1992, vengono fornite le necessarie indicazioni su come attivare questo regime di assistenza.

Più recentemente il DPR del 14 gennaio 1997 "Requisiti minimi per l'autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie" individua la tipologia organizzativa del ricovero diurno senza peraltro disciplinare le caratteristiche tecniche organizzative. Anche il Decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124, individuando la tipologia delle prestazioni erogabili in regime di ricovero diurno, identifica di fatto la tipologia delle prestazioni la cui erogazione è appropriata in tale regime di ricovero.

Gli infermieri giocano in tutto questo un ruolo fondamentale. [6]

La preparazione all'intervento diviene un importante appuntamento per educare l'assistito alla gestione a domicilio dopo la dimissione, che avviene il giorno stesso dell'intervento. Un programma di pianificazione della dimissione sistematico ed efficiente può promuovere la continuità dell'assistenza identificando tempestivamente i

bisogni che il paziente avrà alla dimissione, questo potrà favorire la riduzione dei giorni di degenza e favorire nuovi ricoveri. L'attività infermieristica, attuata durante il percorso di cura, deve rispettare le esigenze di organizzazione tenendo conto dell'individualità dei singoli soggetti. A questo proposito è importante che venga svolta un'efficace educazione terapeutica, attua a massimizzare l'autonomia di gestione del paziente.

Nella day surgery, il tempo per portare a termine una completa valutazione preoperatoria è breve. Molti centri hanno implementato un sistema per eseguire una valutazione pre-ricovero una settimana o pochi giorni prima dell'intervento. È ottimale incontrare il paziente, da 1 a 7 giorni prima della data dell'intervento, raccogliere dati soggettivi e oggettivi e fornire al paziente istruzioni e supporto emotivo. Il livello di stress del paziente sarà inferiore il giorno che precede la data prevista dell'intervento chirurgico rispetto al giorno dell'intervento chirurgico, consentendo così un libero flusso di conversazione. Questo è fatto durante la prima visita, nell'incontro con il personale del reparto, e/o per telefono. Un'adeguata valutazione pre-operatoria permette che siano raggiunti positivamente gli obiettivi prefissati. Ciò permette anche l'individuazione di pazienti non candidabili a questo tipo di chirurgia così da ridurre i casi rinviati. La valutazione pre-operatoria spesso si sposa con l'educazione del paziente. Questa si può presentare con varie modalità che includono il colloquio, la visita del reparto, incontri di gruppo o il colloquio telefonico. Lo scopo è di ridurre l'ansia preoperatoria, valutare i bisogni del paziente e dei familiari, e individualizzare l'informazione per ogni singolo paziente. [5]

I primi 30 giorni dopo l'intervento chirurgico sono fondamentali per il processo di recupero post-operatorio, in quanto il 25% dei pazienti manifesta eventi avversi prevenibili con conseguenti ricoveri ospedalieri.

L'intervento educativo acquista valore in quanto fornisce le conoscenze e le abilità necessarie per il recupero post-operatorio, riducendo in definitiva l'insorgenza di complicanze e la riospedalizzazione.

1 INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE AL PAZIENTE CHIRURGICO

L'infermiere svolge un ruolo importante nell'educazione del paziente chirurgico.

Le consultazioni preoperatorie possono essere il punto di partenza per costruire un programma che faciliti la comunicazione tra il paziente e l'infermiere.

Ad esempio nella cura del cancro del colon-retto (CRC) il paziente ha bisogno di informazioni per tutta la durata del processo di cura dalla diagnosi, alla dimissione fino al recupero dell'autonomia. Nell'ultimo decennio, il protocollo ERAS ("Enhanced Recovery After Surgery", ovvero miglior recupero dopo un intervento chirurgico) è stato valutato positivamente e si è dimostrato essere la migliore pratica basata su evidenze durante le cure del cancro al colon-retto nella fase pre- e post-operatorie, riducendo la morbilità, la mortalità e la durata della degenza in ospedale. Una parte essenziale del programma ERAS avviene nel contesto preoperatorio dove il punto di partenza è fornire un'informazione strutturata per quanto riguarda tutti i concetti inclusi nel programma, per esempio la nutrizione, la funzione intestinale, la mobilizzazione, al fine di rendere il paziente edotto circa il percorso chirurgico e l'evoluzione dell'assistenza a lui fornita, in modo che sappia cosa ci si aspetta e come può partecipare attivamente alle proprie cure. Una parte importante del protocollo è educare il paziente per tutta la durata del soggiorno in ospedale per migliorare la guarigione.

L'assistenza chirurgica è un ambito in cui il trasferimento di informazioni e l'apprendimento del paziente deve spesso avvenire in un breve lasso di tempo.

L'informazione e l'educazione preoperatoria fornita dagli infermieri possono aiutare i pazienti a migliorare la loro capacità di auto-cura.

Secondo Bernier, l'insegnamento preoperatorio è un processo interattivo che fornisce informazioni e spiegazioni al paziente sul processo chirurgico e fornisce un supporto psicosociale atto a promuovere il recupero post-operatorio. [7]

1.1 Protocollo ERAS

È un programma multimodale e multidisciplinare, finalizzato all'ottimizzazione del percorso di cura peri-operatoria del paziente candidato a chirurgia elettiva maggiore. Obiettivi fondamentali di questo percorso sono: minimizzare la risposta metabolica, neuroendocrina e infiammatoria allo stress chirurgico, favorire il mantenimento delle funzioni d'organo nel peri-operatorio e supportare tutte le funzioni che rendono possibile una rapida ripresa delle normali capacità funzionali del paziente nel postoperatorio.

I principi cardine sono:

- a. team multi professionale costituito dalle figure sanitarie coinvolte nel percorso di cura centrato sul paziente;
- b. approccio multimodale per controllare e modulare i fattori fisiopatologici implicati nello sviluppo delle complicanze e nel lento recupero dello stato funzionale;
- c. metodo scientifico che si basa sulle evidenze per lo sviluppo dei protocolli di cura;
- d. gestione del processo fondata sull'audit interattivo e continuo.

In ambito di chirurgia colon-rettale è ampiamente documentato che l'implementazione del programma ERAS, riduce la morbilità postoperatoria, la durata della degenza e i costi di assistenza sanitaria con conseguente miglioramento della qualità di cura percepita dal paziente. Nonostante il protocollo ERAS sia stato sviluppato per la gestione peri-operatoria del paziente candidato alla chirurgia elettiva del colon e del retto, la validità delle procedure, comuni a più chirurgie, ha reso possibile nel tempo la sua implementazione in altre specialità chirurgiche quali la chirurgia dello stomaco, del pancreas, del fegato e anche in chirurgia ginecologica, ortopedica e urologica.

La filosofia ERAS del paziente candidato a chirurgia maggiore elettiva, è stato sviluppato dal chirurgo danese H. Kehlet in seguito:

- a. all'approfondimento del ruolo fisiopatologico delle diverse componenti della risposta allo stress chirurgico sullo sviluppo delle complicanze postoperatorie;

b. alla scoperta che la modificazione di tali risposte conduceva a un miglioramento degli esiti clinici;

c. allo sviluppo di nuove tecniche di chirurgia mini-invasiva, di farmaci anestetici ad azione ultra rapida e di tecniche anestetiche regionali per il controllo del dolore.

L'atto chirurgico rappresenta un fattore di stress per l'organismo e induce profonde alterazioni caratterizzate da cambiamenti nei sistemi neuroendocrino, metabolico e immunologico e da modificazioni delle funzioni d'organo. Questi cambiamenti sono definiti nel loro insieme "risposta allo stress" e sono caratterizzati da:

a. aumento degli ormoni catabolici (catecolamine, cortisolo, glucagone);

b. diminuzione della secrezione o dell'efficacia degli ormoni anabolici (insulina);

c. sviluppo di resistenza insulinica e iperglicemia;

d. ipermetabolismo e induzione dei processi catabolici;

e. immunodepressione;

f. dolore;

g. deficit della funzione polmonare;

h. aumento del lavoro cardiaco;

i. effetti collaterali gastrointestinali come nausea, vomito e ileo postoperatorio.

Sebbene tale risposta rappresenti una strategia adattativa per mantenere l'omeostasi, i cambiamenti della funzione d'organo indotti dalla noxa chirurgica sono implicati nello sviluppo delle complicanze post-operatorie e nel rallentato recupero delle funzioni fisiologiche. L'insulino-resistenza postoperatoria infatti, si associa a una maggiore risposta infiammatoria, a un incremento della durata della degenza ospedaliera e a tassi più alti di morbilità e mortalità sia nei pazienti diabetici che non.

Gli elementi fondamentali

Il programma ERAS combina circa venti elementi che si articolano nelle diverse fasi del percorso di cura e comprendono:

- strategie preoperatorie: ottimizzazione delle condizioni psico-fisiche, delle eventuali disfunzioni d'organo e dello stato nutrizionale, counseling multidisciplinare del paziente, riduzione della durata del digiuno e carico dei carboidrati, profilassi antibiotica e antitrombotica, nessuna preparazione intestinale;
- strategie intraoperatorie tese ad attenuare lo stress chirurgico: chirurgia mini-invasiva, tecniche di anestesia/analgesia loco-regionale e utilizzo di farmaci anestetici a breve emivita, gestione ottimale dell'infusione di liquidi ed elettroliti, mantenimento della normotermia durante l'intervento chirurgico;
- azioni che si attuano nel postoperatorio volte alla ripresa precoce delle capacità funzionali e alla dimissione sicura: rimozione del sondino naso-gastrico, del catetere vescicale e dei drenaggi chirurgici prima possibile, analgesia multimodale, prevenzione di nausea e vomito postoperatori, gestione ottimale dell'infusione di liquidi ed elettroliti, precoce ripresa dell'alimentazione e della mobilizzazione, criteri standardizzati di dimissione e audit della compliance e degli out come.

L'attuazione di tale modello si fonda sul principio della multi professionalità e del coinvolgimento del paziente, che diventa parte attiva del suo percorso di cura.

È necessaria infatti, l'integrazione del lavoro di tutti gli operatori sanitari (chirurgo, anestesista, infermiere, dietologo/dietista, fisioterapista ecc.) per ottenere una maggiore adesione e partecipazione del paziente al programma di gestione perioperatorio.

La mobilizzazione precoce è uno degli item fondamentali del programma ERAS.

Il fallimento di tale pratica, comporta la non applicabilità del programma ERAS ed è associata a un prolungamento del tempo di degenza.

L'immobilizzazione forzata, oltre a ritardare la ripresa dell'autonomia del paziente, determina un aumento dell'insulino-resistenza e una perdita di massa muscolare, con una riduzione significativa della forza muscolare, un peggioramento della funzionalità

respiratoria e dell'ossigenazione tissutale, con un maggior rischio di complicanze broncopulmonari e di fenomeni tromboembolici.

L'infermiere gioca un ruolo fondamentale in quanto è il professionista che, attraverso interventi educativi condivisi, deve incoraggiare il paziente al rapido recupero della sua autonomia. Strettamente collegati alla buona riuscita della movimentazione sono gli elementi inerenti la gestione del dolore postoperatorio, la gestione ottimale della fluidoterapia, la rimozione dei drenaggi e del catetere vescicale, nei tempi definiti.

La dimissione, in un percorso di cura accelerato quale è ERAS, deve avere inizio nella fase di counseling preoperatorio e deve essere gestita in stretta sinergia e collaborazione da tutto il team multi professionale. Affinché vi sia una dimissione sicura, occorre da un lato far leva sulle informazioni acquisite nel preoperatorio e il giorno del ricovero e dall'altro valutare, attraverso un counseling pre-dimissione, che vi siano condizioni cliniche e criteri necessari per il rientro al domicilio: controllo del dolore, assenza di nausea o altri sintomi, valida ripresa dell'alimentazione, della funzione intestinale, del movimento e dell'autonomia della persona assistita nelle sue attività di vita quotidiana, e non ultimi la volontà espressa da parte dell'assistito, un caregiver affidabile, un medico di medicina generale collaborante, soprattutto per i primi giorni dopo la dimissione.

La pratica chirurgica tradizionale e la gestione del peri-operatorio è sempre stata legata storicamente a concetti basati sulla pratica clinica e non su evidenze scientifiche, dove il digiuno peri-operatorio, la tricotomia, la toeletta intestinale, l'immobilità a letto, le lunghe incisioni, l'uso routinario dei drenaggi, il catetere vescicale e il sondino naso gastrico rappresentavano i capisaldi nella gestione del paziente sottoposto a intervento chirurgico. L'introduzione di una metodologia clinico-assistenziale con approccio multimodale e multi professionale, basata sulle migliori evidenze scientifiche, ha segnato l'inizio di un approccio culturale rivoluzionario nel mondo chirurgico.

L'ERAS può essere quindi definita una filosofia, che, pur trovando ancora alcune resistenze nella sua completa applicazione, è in grado da un lato di garantire una sovrapposibilità in termini di sicurezza e affidabilità con la chirurgia tradizionale e dall'altro di ridurre lo stress peri-operatorio migliorando gli outcome postoperatori. [8]

2 INTERVENTI EDUCATIVI

Il trasferimento delle cure dopo il congedo da un ambiente ospedaliero acuto all'assistenza domiciliare da parte del paziente e/o di altre persone significative ha fatto sì che l'invio tempestivo ed efficace di informazioni su tale assistenza debba essere fornito dal personale in un formato che garantisca trasferimento efficace di informazioni e responsabilità.

Gli operatori sanitari hanno spesso a disposizione periodi di tempo più brevi per informare i pazienti su come effettuare l'auto-cura dopo il congedo dall'ospedale (Leino-Kilpi 1993).

Le carenze di auto-cura derivano dalla carenza di informazioni al momento della dimissione, di cui l'infermiere è responsabile, soprattutto quando si tratta della corretta gestione della ferita chirurgica.

Dalla descrizione di questo studio è emerso chiaramente che le informazioni relative alla cura delle ferite e alla gestione del dolore sono importanti per il benessere dei pazienti dopo la dimissione. La maggior parte dei pazienti (58%) ha ricevuto informazioni sia sulla gestione del dolore che sulla cura delle ferite e complicanze dopo la dimissione. [9] Tuttavia, molti dei pazienti che non hanno ricevuto informazioni sulla gestione del dolore e la cura delle ferite hanno avuto problemi e/o preoccupazioni dopo la dimissione richiedendo una visita non di routine in una struttura sanitaria.

Più pazienti hanno ricevuto informazioni sulla gestione e cura della ferita chirurgica rispetto alla gestione del dolore. Una possibile spiegazione potrebbe essere rappresentata dal fatto che la ferita è visibile e quindi è un ovvio promemoria per le infermiere e il paziente.

Se il dolore viene alleviato adeguatamente questo non può rappresentare una preoccupazione per il paziente. I pazienti che hanno ricevuto informazioni sulla gestione del dolore hanno generalmente ritenuto che fossero sufficienti. In quanto si sono sentiti ben informati ad 1-2 settimane dalla dimissione.

I problemi che i pazienti hanno individuato dopo la dimissione a causa del dolore sono stati attribuiti ad una mancanza di informazioni sulla dimissione. In particolare, molti di

questi pazienti erano preoccupati per la gravità e la durata del dolore che stavano sperimentando.

Questi risultati, che rivelano una riluttanza da parte dei professionisti della salute ad affrontare adeguatamente il dolore dei pazienti sono coerenti con la letteratura (Ferrell et al. 1993, McGuire 1994, Clark et al. 1996, McCaffery & Ferrell 1997).

Contrariamente alle informazioni sulla gestione del dolore, è stato dimostrato che le informazioni sulla gestione della cura delle ferite erano insufficienti. I pazienti che si sentivano bene informati sulla cura della ferita subito dopo il congedo dall'ospedale non si sentivano necessariamente bene informati 1-2 settimane dopo il congedo.

Avere accesso a informazioni scritte complete sull'assistenza e il trattamento dopo il congedo da un ambiente ospedaliero acuto, in un formato che il paziente e/ o familiare può capire, è un diritto fondamentale per tutti i consumatori di salute (utente del servizio e/ o altri significativi) (SAHC 1996).

C'è una crescente richiesta da parte degli utenti di essere provvisti di informazioni che li aiuteranno a partecipare efficacemente alla loro 'after care' ed essere in grado di fare le migliori scelte di salute per sé stessi e i membri della famiglia.

In risposta a tale richiesta, i professionisti della sanità sono sempre più consapevoli della necessità di fornire informazioni ai consumatori sanitari in un formato che soddisfi al meglio le loro esigenze individuali. [9]

Gli operatori sanitari utilizzano un linguaggio altamente tecnico durante il processo per l'orientamento della dimissione, che ostacola la comunicazione con il paziente/la famiglia.

È necessario per una comunicazione efficace che le infermiere capiscano la soggettività del paziente, traducendo ciò che sente e come affronta il processo di ospedalizzazione per la chirurgia. Una buona comunicazione aiuta nel processo di cura, cioè facilita l'identificazione della diagnostica e lo sviluppo di un piano di cura che garantisce la continuità delle cure. L'assistenza post-operatoria è essenziale, in quanto è il primo periodo di adattamento del paziente alla ripresa delle attività quotidiane dopo l'intervento chirurgico.

Le raccomandazioni possono essere fornite in un opuscolo educativo anche per famiglie e pazienti che non hanno l'abitudine di leggere, sono di un valore importante perché aiutano a ridurre al minimo l'insicurezza e lo stress, consentendo una maggiore tranquillità di cura a casa . [10]

Ogni infermiere ha uno stile e un metodo di insegnamento individuale per fornire istruzioni verbali e scritte al paziente. Gli infermieri adattano il piano di formazione al paziente rivedendo i materiali scritti approvati dall'ospedale, dando solo istruzioni verbali, o combinando istruzioni verbali con materiale educativo scritto supplementare basato sulle preferenze personali senza riguardo alle esigenze individuali del paziente. Il risultato è spesso un'incoerenza di informazioni e confusione su come gestire l'auto-cura dopo la dimissione.

L'educazione preoperatoria ha dimostrato di avere un impatto positivo sui livelli di conoscenza postoperatoria dei pazienti, l'auto-efficacia di assumere un ruolo più attivo nella propria cura, e la soddisfazione generale con la loro esperienza chirurgica.

In un gruppo di pazienti che hanno subito una riparazione chirurgica di trauma muscolo-scheletrico, un intervento educativo preoperatorio verbale-strutturato che comprendeva informazioni sul dolore, analgesici, e esercizi di rilassamento respiratorio ha dimostrato di influenzare positivamente i livelli di dolore ($p < 0.001$) rispetto al gruppo di controllo. I pazienti in questo studio che hanno ricevuto l'istruzione strutturata hanno indicato di avere fiducia nella loro capacità di gestire il dolore una volta dimessi ($p = 0.048$) dall'ospedale. [11]

2.1 Efficacia interventi educativi nella riduzione dell'ansia del paziente chirurgico

L'ansia è una reazione comune esibita dai pazienti che sono in attesa di procedure chirurgiche. Grupe e Nitschke definiscono l'ansia come uno stato emotivo spiacevole "costituito da cambiamenti preventivi affettivi, cognitivi e comportamentali in risposta all'incertezza su una minaccia futura". Dovrebbe essere tracciata una distinzione tra i 2 tipi di ansia - stato e ansia-tratto. L'ansia di stato descrive sensazioni temporanee e indesiderabili di nervosismo o preoccupazione a causa di una potenziale minaccia, mentre l'ansia-tratto è caratterizzata come suscettibilità dell'individuo a provare ansia. In particolare, l'ansia preoperatoria - o l'ansia chirurgica - è una forma di ansia di stato derivante da una procedura imminente. L'ansia preoperatoria inizia non appena viene pianificata la procedura e raggiunge il picco il giorno dell'intervento chirurgico quando il paziente entra in ospedale. La realizzazione di un intervento chirurgico può creare ansia e, in una certa misura, un paziente può anche preoccuparsi di fallimenti e complicanze postoperatorie. L'ansia prima dell'intervento chirurgico non è solo uno stato psicologico spiacevole, ma può essere associata a risposte fisiologiche tra cui tachicardia, ipertensione, temperatura elevata, sudorazione, nausea e un accresciuto senso del tatto, dell'olfatto o dell'udito.

Nel preoperatorio, i pazienti chirurgici ansiosi spesso richiedono più anestesia. Sebbene alcuni sedativi siano spesso prescritti per alleviare l'ansia preoperatoria, questi farmaci hanno effetti collaterali negativi come sonnolenza, depressione respiratoria e possono interagire negativamente con gli agenti anestetici prolungando così il recupero e ritardando le dimissioni del paziente.

A causa dell'ansia, i pazienti possono diventare aggressivi o esigenti. Questo comportamento può progredire al punto in cui i pazienti non sono in grado di comunicare in modo chiaro o seguire semplici istruzioni, ostacolando ulteriormente le loro cure.

L'ansia preoperatoria influisce anche sulla soddisfazione del paziente. Uno studio ha scoperto che le donne con punteggi di ansia preoperatoria più elevati avevano una

riduzione della soddisfazione postoperatoria e un recupero più scarso a seguito di interventi di taglio cesareo elettivo . Inoltre, il trattamento medico dell'ansia preoperatoria non solo allevia spiacevoli sentimenti di ansia, ma porta anche a una migliore soddisfazione del paziente.

L'ansia preoperatoria provoca livelli elevati di cortisolo , che è associato a un tempo di guarigione della ferita più lungo, a diminuite risposte immunitarie, a tassi di infezione elevati, nonché a squilibri di liquidi ed elettroliti con possibili ripercussioni preoperatoria e postoperatorie.

Pazienti con livelli più elevati di ansia preoperatoria hanno mostrato di avere un aumento del dolore postoperatorio , un più elevato consumo di analgesico, degenze ospedaliere più lunghe, esiti peggiori, diminuzione del senso di benessere e difficoltà a collaborare con le attività di auto-cura. Alcuni fattori di rischio come il sesso sono stati associati a tassi più elevati di ansia preoperatoria; essere donna era di gran lunga il fattore di rischio più coerente per l'ansia tra tutti gli studi.

Ulteriori fattori di rischio per l'ansia preoperatoria sono elencati nella Tabella 1

Table 1 Risk factors for preoperative anxiety

- Female Sex
- Pre-existing psychiatric disorders
- Pre-existing medical conditions
- Uncertainty about procedure outcomes
- Loss of independence and privacy
- Fear of recovery and death
- History of smoking

Mentre molti altri fattori sembrano influenzare l'ansia preoperatoria, la chirurgia esperita in un ospedale o in un centro di chirurgia ambulatoriale non sembra influenzare i livelli di ansia del paziente.

Programmi educativi per i pazienti preoperatori sono stati istituiti in molti ospedali. Spalding (2003) ha condotto uno studio nel Regno Unito per determinare se l'educazione prima di un processo chirurgico aiuta a ridurre livello di ansia o meno. Ha raccolto dati attraverso l'osservazione di cinque dei più diffusi programmi educativi utilizzati da ospedali per educare i loro pazienti.

Ha anche intervistato i pazienti che hanno partecipato al programma. I risultati hanno dimostrato che l'educazione ha giocato un ruolo importante nella riduzione dell'ansia preoperatoria rendendo familiare ciò che non era noto ai pazienti.

Nello specifico, lo studio ha rilevato che il programma prevedeva una comprensione dell'esperienza chirurgica per i pazienti, così come dell'ambiente che avrebbero incontrato durante l'intervento chirurgico . [12]

Inoltre, l'educazione all'ansia preoperatoria dovrebbe mirare non solo a ottenere il consenso informato e a ridurre l'ansia, ma anche ad attivare ulteriormente i pazienti per diventare partner collaborativi nella gestione della propria assistenza sanitaria. In particolare, un paziente informato non solo crede nel suo ruolo collaborativo nella gestione della propria assistenza sanitaria, ma conosce e possiede le capacità, l'esperienza, la fiducia e le risorse per gestire la propria assistenza sanitaria. Oltre a ridurre l'ansia, l'informazione del paziente migliora anche positivamente risultati come soddisfazione, costo, stato di salute e funzione.

La stragrande maggioranza della letteratura esistente per quanto riguarda gli interventi di ansia nei pazienti chirurgici si è concentrata sugli effetti dell'educazione preoperatoria .

Sebbene esistano numerosi metodi per fornire l'educazione del paziente, il materiale stampato è la forma più diffusa di educazione del paziente. Tuttavia, i testi educativi per i pazienti chirurgici possono variare enormemente per contenuto, ambito e formato. La letteratura per i pazienti è stata valutata con il punteggio più alto quando sono stati affrontati una serie di fattori quali chiarezza e organizzazione del testo, utilità delle figure informative e di supporto, integrazione delle istruzioni per ricevere i testi in un'altra lingua e inclusione delle informazioni di contatto per ricevere ulteriore assistenza.

Un problema significativo è che la leggibilità della letteratura riferita a pazienti chirurgici è spesso scarsa e va oltre la portata della comprensione del pubblico previsto. Per generare materiali didattici efficaci, è necessario prendere in considerazione il livello di lettura della popolazione, i bisogni e l'alfabetizzazione sanitaria .

A causa della sua ubiquità, il materiale stampato viene spesso utilizzato come controllo quando si studia l'efficacia di altre forme di educazione del paziente. Tali confronti hanno dimostrato che l'educazione audiovisiva dei pazienti chirurgici sottoposti a operazioni che vanno dalla resezione polmonare , innesto di bypass dell'arteria coronarica , chirurgia intestinale e chirurgia ortopedica si traduce in livelli più bassi di ansia e stress, sia nei periodi pre che post-operatori. Le informazioni fornite a questi pazienti includevano istruzioni su cure preoperatorie, tecniche operative, aspettative postoperatorie, recupero, controllo del dolore e cure domiciliari postoperatorie. [12]

2.1.1 Efficacia interventi educativi nella riduzione dell'ansia del paziente chirurgico in età pediatrica

Le situazioni cliniche sono spesso spaventose per un paziente adulto. In un paziente pediatrico, che non possiede ancora la maturità psicologica necessaria per comprendere i benefici dei risultati a lungo termine, questi timori possono essere aggravati e avere un effetto negativo sulle cure postoperatorie e il recupero.

McGraw ha scoperto che rendere i bambini meno ansiosi durante il periodo perioperatorio li aiuta ad affrontare meglio le future cure mediche e mostrare meno problemi comportamentali dopo l'intervento chirurgico.

Preparare i pazienti pediatrici per la chirurgia è fondamentale per le esperienze positive dei pazienti e dei genitori. Attraverso screening preoperatorio, osservazione e feedback postoperatorio, infermieri e personale clinico presso il Centro di Chirurgia Yellowstone (YSC) a Billings, Montana, hanno individuato la necessità di fornire maggiori informazioni ai pazienti pediatrici e ai loro genitori in merito al processo chirurgico e alle aspettative postoperatorie finalizzate al recupero.

Questo programma pediatrico incorpora nove iniziative, o "punti di contatto."

I nove punti di contatto includono: un invito a visitare la struttura per rendere l'ambiente familiare prima del giorno dell'intervento, al bambino viene dato il suo Ramsey di peluche utilizzato durante il giro della struttura per mostrargli cosa accadrà durante l'intervento chirurgico, il tour stesso, una borsa Goody contenente una macchina fotografica e del materiale informativo, un cono gelato e una granita metodo per far deglutire liquidi nel post-operatorio, il certificato ufficiale di partecipazione il quale indica che il paziente pediatrico è "una persona molto importante", una fotocamera usa e getta; una scheda informativa post-anestesia ed istruzioni verbali prima della dimissione del paziente, una cartolina di accompagnamento e un sondaggio di soddisfazione. Tutti i componenti del programma YSC Kids contengono sia una foto di Ramsey, o la luce blu "swoop" YSC Kids come mezzo per una facile identificazione. .

[13]

Una chiave per alleviare l'ansia preoperatoria in entrambi i pazienti pediatrici e i loro genitori o tutori è nel rendere l'ambiente fisico familiare prima del giorno dell'intervento.

Si può concludere che gli interventi educativi preoperatori sono promettenti nel ridurre l'ansia preoperatoria in pazienti sottoposti a procedure chirurgiche programmate. [14]

L'anestesia e le procedure diagnostiche e/o chirurgiche, per le quali essa viene eseguita, possono evocare nel bambino e nei suoi genitori la comparsa di ansia perioperatoria [15] [16] [17] definita genericamente come uno stato psichico dell'individuo caratterizzato da una sensazione di intensa preoccupazione o paura, relativa ad uno stimolo ambientale specifico, associato ad una mancata risposta di adattamento ad una determinata situazione, che si esprime sotto forma di stress emotivo. Ogni esperienza negativa vissuta in tali circostanze può promuovere lo sviluppo di alterazioni comportamentali perioperatorie e di complicanze postoperatorie a breve, medio e lungo termine. È stato stimato che il 70% dei pazienti pediatrici sottoposti a intervento chirurgico vivano un'esperienza di ansia perioperatoria [18] [19] e che il 67% di essi sviluppi cambiamenti comportamentali dal giorno successivo all'intervento, che possono perdurare per 6 mesi nel 20% dei casi e per un anno nel 7% dei pazienti.

I bambini che manifestano un maggior livello di ansia sono 3,5 volte più esposti ad assumere comportamenti negativi nel periodo postoperatorio [20] [16].

L'ospedalizzazione risulta essere un evento indecifrabile per il bambino, soprattutto in età prescolare, poiché non riesce a comprendere le motivazioni che lo hanno condotto al ricovero ospedaliero, sottraendolo improvvisamente al suo ambiente familiare ed esponendolo ad ambienti e a figure estranee che ne limitano la libertà d'azione, sottoponendolo a manipolazioni e procedure invasive e dolorose. Questo conduce allo sviluppo di ansia, il cui livello è strettamente dipendente da fattori correlati al bambino, ai genitori e all'ambiente ospedaliero. La loro identificazione è di fondamentale importanza al fine di mettere in atto interventi volti a prevenire o attenuare la comparsa di ansia perioperatoria e migliorare quindi l'*outcome* del paziente pediatrico. [21]

Uno dei fattori è l'età:

- **dalla nascita ai nove mesi:** prima dei nove mesi, l'ansia è ancora un qualcosa di sconosciuto. Il bambino, solitamente accudito dalla madre, nel caso in cui venga separato da lei e affidato a persone estranee, non vive ancora l'evento come un trauma. È infatti in grado di adattarsi facilmente e rapidamente ad ambienti e figure nuove. Nel caso di comparsa di pianto od agitazione si tranquillizza facilmente sarà sufficiente rivolgersi a lui con voce rassicurante, oppure con coccole o cullandolo;

- **dai nove mesi fino ai 5 anni:** in tale fascia di età l'ansia da separazione diviene un problema. La più grande preoccupazione del bambino è quella infatti di essere separato dai genitori ed essere affidato a persone estranee. Egli si trova in uno stadio dello sviluppo cognitivo nel quale non è in grado né di elaborare in maniera logica gli avvenimenti cui andrà incontro né di distinguere la realtà dalla fantasia e quindi di prevedere eventuali pericoli o situazioni che possono evocare sofferenza. Giochi e racconti possono essere utili per distrarre e rassicurare il bambino;

- **dai 6 ai 12 anni:** il progressivo sviluppo di un pensiero razionale e il miglioramento delle capacità di linguaggio fanno sì che l'elemento promuovente lo sviluppo di ansia non sia più la separazione dai genitori. La preoccupazione per il bambino deriva infatti dall'anestesia, dall'intervento chirurgico e dalle conseguenze che queste possono comportare. Semplici spiegazioni inerenti le procedure anestesologiche e chirurgiche, così come il coinvolgimento attivo nella scelta presidi o nell'utilizzo autonomo degli stessi (es colore della maschera faciale o/e il consenso a tenere quest'ultima con le mani durante l'induzione), spesso sono sufficienti a ridurre l'ansia. Alcune espressioni dovrebbero essere evitate, perché il bambino potrebbe fraintenderne il significato con conseguente incremento dello stress emotivo.

- **dai 12 anni in poi** vi è una maggiore consapevolezza del proprio corpo, oltre alla necessità di indipendenza e di privacy. L'acquisizione di un maggior numero di abilità cognitive e relazionali permette all'adolescente di assumere un ruolo più attivo nella scelta delle decisioni da effettuarsi in fase peri e postoperatoria dandogli un senso di controllo della situazione e consentendo così una riduzione dello stress emotivo. [15]

[18]

2.2 Efficacia interventi educativi nell'autogestione del dolore post-operatorio

È stato dimostrato che una comunicazione ottimale tra l'infermiere e il paziente può migliorare l'outcome di salute dell'utente in vari modi, ad esempio si possono gestire meglio i sintomi, si facilita la guarigione (non solamente a livello fisico ma soprattutto emotivo) e vi è un migliore controllo del dolore. Un'educazione efficace che miri alla gestione del dolore richiede che siano date istruzioni al paziente e metodi di gestione, inoltre è importante educarli ad esprimere i propri sentimenti e preoccupazioni così come spiegare l'importanza del controllo dell'ansia. Gli interventi educativi pre-operatori possono ridurre l'assunzione di analgesici. È stato segnalato (Göka, 2002; Harmer & Davis, 1998) che i pazienti che si sentono più sicuri riguardo la gestione del dolore si lamentano meno e hanno un coping migliore. Ulteriormente, in altri studi (Karayurt 1998; Panke 2002; Watt-Watson et al., 2004), è riconosciuto che gli individui che sono a conoscenza di come verrà gestito il loro dolore si sentono più al sicuro e trovano più facile l'esperienza della gestione del dolore (Kol et al., 2014). La gestione del dolore post-operatorio è una vera e propria sfida per i professionisti della salute. I tentativi educativi che mirano a migliorare le conoscenze degli utenti riguardo la gestione del dolore possono incrementare le possibilità di raggiungere un ottimale management del sintomo. Difatti, è importante rendere partecipi i pazienti nel processo di guarigione in modo che si sentano a loro agio e possano ritornare alle loro attività di vita quotidiana il più presto possibile, riguadagnando autonomia.

Fornire informazioni affidabili che siano facili da comprendere è essenziale a garantire compliance e partecipazione attiva nel processo di cura. In questo modo si rispetta l'autodeterminazione dei pazienti, preparandoli all'intervento. Inoltre, gli infermieri, dovrebbero rendersi disponibili per tutta la durata della degenza, fornendo informazioni indispensabili riguardo la fisiologia del dolore, il tipo di intervento che gli utenti faranno, come si può gestire il sintomo, ecc. L'educazione pre-operatoria è un mezzo attraverso il quale si preparano i pazienti ad essere attivi e a partecipare consapevolmente alla gestione del loro dolore, stipulando insieme un piano di cura. L'intervento educativo dovrebbe includere al suo interno informazioni riguardo

l'importanza del controllo del dolore, gli obiettivi del trattamento, una soglia di dolore che l'utente dovrebbe aspettarsi, quanto sia fondamentale condividere con il curante la presenza o meno di tale sintomo. Inoltre, dovrebbe essere specificato che sono disponibili opzioni farmacologiche e non per il trattamento dell'algia. In più, risulta rilevante istruire i pazienti riguardo a una corretta assunzione dei farmaci e aiutarli nella lettura e comprensione di sintomi allarmanti.

La gestione del dolore post-chirurgico universale di solito comporta l'uso di narcotici oppioidi. Sfortunatamente, gli effetti negativi dei farmaci oppioidi, come la morfina, sulla nostra rete endogena di endorfine sono dannosi per la nostra naturale risposta analgesica al dolore.

Questo studio indaga l'importanza della comunicazione in chirurgia e in che modo l'educazione preoperatoria del paziente può portare a migliori risultati sanitari dopo l'intervento, promuovendo punteggi di dolore tollerabili e minimizzando l'uso di stupefacenti dopo l'intervento chirurgico [22]. I pazienti sottoposti a chirurgia ambulatoriale sono stati divisi casualmente in gruppi per confrontare i punteggi del dolore di coloro che hanno ricevuto l'educazione preoperatoria del paziente, il gruppo sperimentale e quelli che non hanno ricevuto alcuna forma di educazione del paziente, il gruppo di controllo. Due settimane prima dell'intervento chirurgico, i soggetti del gruppo sperimentale hanno ricevuto forme orali e scritte di educazione consistenti in come il corpo risponde al dolore e in che modo le endorfine causano l'analgesia naturale. Inoltre, i pazienti sono stati istruiti sugli effetti negativi dei narcotici sulla produzione e l'attività delle endorfine, nonché meccanismi di analgesici non oppioidi. Dei 69 pazienti del gruppo sperimentale che avevano ricevuto l'educazione preoperatoria a due settimane dall'intervento, il 90% ha rifiutato una prescrizione per l'idrocodone dopo aver ricevuto l'educazione preoperatoria due settimane prima dell'intervento. Il gruppo di controllo era composto da 66 pazienti che non avevano ricevuto l'educazione preoperatoria; questi hanno richiesto la somministrazione di idrocodone nel 100% dei casi. È stato riscontrato che i gruppi di controllo hanno punteggi medi del dolore significativamente maggiori ($p < 0.05$) rispetto ai gruppi sperimentali e anche una durata del dolore significativamente più lunga ($p < 0.05$). [22]

2.3 Efficacia interventi educativi nella riduzione delle infezioni del sito chirurgico

Le infezioni del sito chirurgico (SSI) causano prolungamento della degenza ospedaliera, aumento dei costi e mortalità. Oltre alle migliori pratiche per la prevenzione della SSI, come la profilassi antibiotica perioperatoria, l'antisepsi cutanea e la normotermia, l'educazione del paziente è essenziale.

Presso una struttura sanitaria nel Midwest degli Stati Uniti è stato istituito un team interdisciplinare per creare un protocollo standardizzato basato sull'evidenza che ridurrebbe i tassi di infezione del sito chirurgico nelle pazienti sottoposte a parto cesareo.

L'approccio del team comprende lo sviluppo dell'istruzione e della preparazione delle pazienti, la standardizzazione della somministrazione profilattica di antibiotici, la standardizzazione delle cure di incisione postoperatoria e il coinvolgimento dei membri del team clinico nel miglioramento del processo chirurgico. Questa collaborazione ha comportato una riduzione dei tassi di infezione del sito chirurgico dall'1,35% nel 2013 allo 0,7% nel 2014 e allo 0,36% nel 2015.

Il parto cesareo è l'intervento chirurgico più comune per le donne in età fertile.

Il tasso nazionale di infezioni del sito chirurgico (SSI) per il taglio cesareo varia dal 2,5% al 18%.

Con un tasso di parto cesareo annuale del 32% negli Stati Uniti, il potenziale effetto negativo delle SSI su pazienti ostetrici e sugli istituti in cui questi pazienti ricevono assistenza è elevato. Considerando queste statistiche, è indispensabile che il settore sanitario sviluppi strategie per migliorare i risultati per le donne sottoposte a parto cesareo.

Il team ha iniziato il processo identificando le problematiche che potenzialmente contribuiscono alle SSI di parto cesareo e dividendole nelle seguenti categorie:

- educazione e preparazione del paziente;
- pratica basata sull'evidenza relativa alle cure cliniche, come i protocolli antibiotici, la preparazione del sito chirurgico e le cure di incisione postoperatoria.

Il team interdisciplinare ha valutato la conoscenza delle pazienti in merito al parto cesareo previsto e ha scoperto che vi erano lacune nella comprensione delle cure.

Il primo intervento del team è stato quello di standardizzare i materiali educativi e le altre risorse fornite alle pazienti prima del parto cesareo e di sviluppare una guida di una pagina per aiutare a preparare questi pazienti per il giorno dell'intervento.

I membri del personale hanno fornito a ciascun paziente strumenti educativi progettati per aiutare a preparare i pazienti al parto cesareo tra cui un video educativo creato dal team rivolto sia alle donne che alle loro famiglie il quale includeva informazioni sul processo chirurgico per il taglio cesareo, cosa aspettarsi dopo il parto cesareo, strategie per prevenire SSI e risposte alle domande più frequenti sul parto cesareo. Inoltre, prima della dimissione, le pazienti hanno partecipato ad una dimostrazione a cura di un'infermiere sui metodi corretti per la pulizia dei loro siti di incisione.

Gli interventi effettuati dal team interdisciplinare ha comportato una riduzione dei tassi di infezione e un miglioramento dei punteggi di soddisfazione dei pazienti. [23]

3 STRUMENTI EDUCATIVI

L'apprendimento delle informazioni è influenzato da molti fattori tra cui:

- . il grado d'istruzione del paziente,
- . la metodologia utilizzata per il passaggio di informazioni (scritta, elettronico ecc.)
- . la frequenza con cui le informazioni sono presentate.

L'educazione post-operatoria del paziente è stata tradizionalmente fornita ricorrendo a l'utilizzo di materiale cartaceo (ad es. opuscoli), istruzioni verbali o una combinazione di questi.

Nell'educazione verbale, gli infermieri sono responsabili della selezione degli argomenti che ritengono importanti. Inoltre, le istruzioni solo verbali sono spesso dimenticate o ricordate in modo impreciso. Una meta-analisi ha evidenziato, ad esempio, come quei pazienti che avevano ricevuto informazioni prima dell'intervento restavano in ospedale 1,5 giorni in meno rispetto a coloro che non avevano ricevuto informazioni. In un'altra meta-analisi è emerso che l'educazione pre-operatoria ha effetti positivi nella riduzione di paura e ansia. Singoli studi hanno poi identificato miglioramenti nel livello di stress psicologico e nel dolore sperimentato dai pazienti. [24] Quale sia il più adatto protocollo di insegnamento volto a migliorare il grado di conoscenza del paziente è stato l'argomento di numerosi studi. Sono state prese in considerazione forme stampate (libretto o foglio informativo), pacchetti di apprendimento, presentazioni audiovisive o combinazioni di queste. Sono stati messi a confronto anche l'apprendimento individuale o di gruppo, e il momento della formazione pre-operatoria o post ricovero. Tuttavia, sebbene siano state svolte notevoli ricerche e siano state analizzate molte meta analisi sui differenti aspetti della formazione pre-operatoria, in precedenza, non ci sono stati altri tentativi finalizzati a riassumere le ricerche sui metodi di insegnamento utili a migliorare conoscenza e a favorire la comprensione del paziente.

3.1 Opuscoli

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.

- **Opuscolo di pre-ricovero contro nessuna informazione.**

Anzitutto è logico analizzare cosa si ottiene fornendo ai pazienti un opuscolo informativo riguardante l'imminente procedura chirurgica, confrontandolo con quanto ricavato senza fornire alcuna informazione. In un singolo studio, le pazienti che hanno ricevuto un opuscolo informativo appositamente progettato inerente l'intervento chirurgico a cui dovevano essere sottoposte (isterectomia), erano maggiormente in grado di elencare correttamente gli eventi connessi all'imminente procedura chirurgica, rispetto al gruppo che aveva ricevuto informazioni generiche (controllo).

I pazienti del gruppo di controllo avevano un livello minimo di conoscenza della procedura che li riguardava. Tuttavia, data la natura incompleta dei dati presentati, la popolazione (solamente femminile) ed il fatto di essere un piccolo studio isolato, non ci consente di estrapolare risultati validi per la popolazione complessiva. La maggior parte degli studi sull'uso degli opuscoli ha generalmente osservato che fornire informazioni scritte ha comunque un effetto positivo nel migliorare l'informazione del paziente. Di conseguenza, il resto degli studi sull'uso dell'opuscolo pre-operatorio esamina l'effetto che diversi tipi e momenti di consegna delle informazioni producono sul miglioramento della conoscenza e dell'abilità del paziente.

- **Opuscoli di pre-ricovero contro opuscoli post-ammissione**

Uno studio ha tentato di determinare se il fornire opuscoli più o meno specifici prima del ricovero, sia più efficace nel migliorare le prestazioni degli esercizi respiratori, rispetto al fornire lo stesso opuscolo informativo aspecifico dopo l'ammissione.

I pazienti ai quali erano state fornite informazioni, sia specifiche che aspecifiche, con un opuscolo prima del ricovero hanno imparato gli esercizi in un tempo considerevolmente minore rispetto a quelli che avevano ricevuto le informazioni secondo le stesse modalità ma dopo l'ammissione. Non è stata rilevata alcuna differenza fra coloro che avevano ricevuto in fase pre-ricovero informazioni sia specifiche sia generiche. Questo studio suggerisce che le informazioni pre-ricovero sono più efficaci delle informazioni post-ammissione.

- **Opuscolo e colloquio pre-ricovero contro colloquio post-ammissione**

Pazienti candidati alla prima asportazione di cataratta con impianto di lenti intraoculari, hanno ricevuto sia un opuscolo che il colloquio pre-ricovero, sia solo colloquio post-ammissione (gruppo di controllo). L'opuscolo e il colloquio di insegnamento erano strutturati per migliorare la conoscenza della patologia, del tipo di tecnica chirurgica impiegata e delle abilità necessarie alla cura dell'occhio dopo l'intervento. In entrambi i gruppi sono stati riscontrati miglioramenti nelle abilità in tutto il periodo dell'intervento (pre e post), anche se solamente il gruppo a cui l'opuscolo era stato fornito prima del ricovero ha evidenziato una conoscenza maggiore sia della propria condizione, sia della procedura chirurgica.

- **Opuscolo educativo per-ricovero con colloquio post-ammissione contro opuscolo educativo con colloquio post-ammissione**

Un altro studio ha fatto un confronto simile al precedente, spostando il colloquio di insegnamento con il paziente dopo il suo arrivo in ospedale. I pazienti adulti ricoverati per il primo by-pass aorto-coronarico sono stati esaminati rispetto al loro livello di conoscenza circa la procedura chirurgica, dopo che era stato loro fornita una combinazione comprendente un opuscolo d'addestramento pre-ricovero e un colloquio di insegnamento post-ammissione, oppure un opuscolo di addestramento e un colloquio dopo l'ammissione. Gli opuscoli di apprendimento pre-ricovero sono risultati essere utili nel migliorare la disponibilità verso gli esercizi fisici svolti dopo l'ammissione.

I pazienti che hanno ricevuto l'opuscolo nel periodo precedente il ricovero hanno ottenuto punteggi maggiori nella check-list riguardante l'atteggiamento verso gli esercizi.

- **Opuscolo informativo post-ammissione contro opuscolo informativo e colloquio post-ammissione**

Diversi altri studi hanno esaminato l'efficacia di opuscoli informativi accompagnati da colloquio solo nel post-ammissione. Si è cercato di capire se un opuscolo fornito dopo l'ammissione possa essere efficace quanto la combinazione di opuscolo e colloquio, entrambi dopo l'inizio della degenza. È stato esaminato il livello di conoscenza dei pazienti in procinto di essere sottoposti a sostituzione totale dell'anca, dopo aver fornito loro opuscoli informativi post-ammissione oppure lo stesso tipo di informazione associata ad una spiegazione dei contenuti a cura del personale. Non sono state rilevate differenze significative nel grado di abilità di ricordare o eseguire esercizi da parte di entrambi i gruppi o di richiamare indicazioni fornite dall'opuscolo. In questo studio l'opuscolo fornito durante la degenza sembra essere efficace quanto lo stesso opuscolo associato alla seduta di educazione.

- **Opuscolo informativo post-ammissione più colloquio pre-operatorio contro solo colloquio pre-operatorio**

Nei pazienti chirurgici è stata esaminata l'efficacia del combinare un colloquio educativo pre-ricovero, a cura del medico, e una sessione di apprendimento con un opuscolo appositamente disegnato, immediatamente prima dell'intervento, per stabilire il grado di conoscenza dell'analgia controllata dal paziente (PCA). Il ricorso ad un addestramento strutturato a fianco di un opuscolo preparato appositamente per la PCA non aumenta i punteggi dei questionari sull'uso di quest'ultima, se confrontati con quelli dei pazienti che hanno ricevuto un normale colloquio pre-operatorio con il proprio medico.

Riassunto sugli opuscoli

Sulla base di questi studi si possono trarre alcune conclusioni. Si deve comunque notare che alcune di queste conclusioni si basano su studi singoli e la descrizione degli interventi e dei risultati si è rivelata, a volte, inadeguata. In generale l'uso degli opuscoli sembra essere utile alla conoscenza della propria situazione e alla procedura chirurgica, all'abilità nello svolgere gli esercizi e riduce il tempo impiegato per apprenderli. Gli opuscoli sono risultati essere più efficaci se consegnati prima del ricovero e quando preparati specificatamente per la procedura chirurgica che verrà svolta.

3.2 Video

Gli studi hanno esaminato l'uso di video mostrati prima dell'intervento nel migliorare la conoscenza della procedura anestesiológica da parte dei pazienti, della PCA, o nell'uso dello spirometro. Tutti gli studi presi in esame prevedevano un apprendimento video confrontato con una condizione standard (controllo).

- **Video-istruzione pre-ammissione più consulto anestesiológico contro solo consulto anestesiológico.**

In uno studio su pazienti adulti si è valutato l'effetto sulla conoscenza della procedura chirurgica, attraverso l'uso di un video impiegato per la spiegazione della procedura stessa associato alla visita dell'anestesista, contro la sola visita dell'anestesista nel gruppo di controllo. L'unica differenza significativa riscontrata nei livelli di conoscenza tra i due gruppi è stata la comprensione della corretta procedura da seguire nel caso di malessere del paziente prima dell'intervento. Si è concluso che il video non ha fatto differenza per questi pazienti oppure lo strumento di rilevazione non è stato sufficientemente sensibile nel rilevarla.

- **Video-istruzione pre-operatoria contro nessun video**

L'uso di una video-istruzione che descriveva la PCA è stato testato su pazienti che avrebbero richiesto questa modalità analgesica nel post-operatorio per almeno dodici ore. Questo programma di apprendimento strutturato che comprendeva una video-istruzione ha avuto un effetto significativo nel migliorare la conoscenza del paziente sull'uso della PCA e sul controllo del dolore. Tuttavia entrambi gruppo di controllo e gruppi sperimentali hanno evidenziato un miglioramento nell'uso della PCA.

Un esame degli effetti di tre diversi formati video, ognuno dei quali confrontati con un controllo (ovvero nessun video), è stato condotto su pazienti maschi che dovevano essere sottoposti a CABG per la prima volta.

I pazienti inclusi in tutti i gruppi video hanno svolto gli esercizi respiratori ripetutamente ottenendo migliori risultati rispetto al gruppo di controllo. La frequenza nell'uso dello spirometro e il grado di mobilizzazione post-operatoria sono stati simili nei due gruppi.

Sommario sull'efficacia dei video

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 pre-operatorio più ampio.

3.3 Pacchetti d'apprendimento

Uno studio ha esaminato l'utilizzo di pacchetti d'apprendimento relativamente ad esercizi respiratori in pazienti sottoposti ad interventi di chirurgia generale e ad interventi di chirurgia ortopedica: impianto di protesi d'anca. I pazienti nel gruppo sperimentale si sono mostrati più collaboranti dei pazienti assegnati al gruppo di controllo. Nonostante questo risultato sia basato su un singolo studio, questo strumento può essere utile nel migliorare la collaborazione del paziente nello svolgimento degli esercizi post-operatori.

Alcuni studi hanno esaminato l'efficacia di colloqui strutturati diversificati sia nei tempi che nella tipologia.

- **Colloquio pre-ricovero contro colloquio generico post-ammissione**

L'efficacia di colloqui pre-ricovero, appositamente preparati, confrontati con un'educazione post-ammissione e pre-operatoria, fu studiata nei pazienti che dovevano essere sottoposti a CABG (bypass coronarico). I pazienti che ricevettero un addestramento pre-ricovero ottennero punteggi significativamente più alti dei pazienti che ricevettero un solo colloquio post-ammissione.

- **Colloquio post-ammissione di gruppo contro colloquio post-ammissione individuale**

L'efficacia della formazione individuale rispetto alla formazione di gruppo svolte dopo l'ammissione, verificata in base all'abilità del paziente ed al tempo di apprendimento, è stata esaminata nei pazienti ricoverati per intervento chirurgico in elezione. Ci si attendeva che i pazienti eseguissero un regime distir-up (respirazione e movimento), fossero in grado di eseguire test di funzionalità respiratoria pre e post intervento e rimanessero ricoverati per almeno due giorni dopo l'intervento. Il colloquio di gruppo fu efficace come quello individuale secondo quanto rilevato dalla funzionalità respiratoria del paziente.

Tuttavia i pazienti del programma di insegnamento di gruppo dimostrarono di richiedere meno tempo per svolgere correttamente gli esercizi rispetto ai pazienti del gruppo di insegnamento individuale.

Sebbene numerosi studi abbiano valutato l'efficacia della informazione pre-operatoria sui livelli di ansia, sugli esiti e sulla soddisfazione del paziente, poche ricerche di alto livello hanno esaminato l'efficacia di queste informazioni sulla conoscenza del paziente e sulla sua abilità di svolgere compiti specifici come gli esercizi. Un risultato importante della revisione sistematica è stabilire la necessità di ulteriori ricerche per valutare pienamente il ventaglio di opzioni disponibili nel fornire ai pazienti le informazioni pre-operatorie.

Riassunto sull'efficacia del colloquio

L'insegnamento è un altro metodo utilizzato per fornire l'educazione pre-operatoria. I due studi inclusi in questa revisione suggeriscono che:

1. l'insegnamento pre-ricovero è più efficace di quello post-ammissione in termini di conoscenza del paziente;
2. l'insegnamento di gruppo è efficace quanto quello individuale
3. l'insegnamento di gruppo può ridurre il tempo necessario all'acquisizione delle abilità richieste. [25]

Esistano molteplici modalità per la consegna efficace delle informazioni sanitarie ai pazienti, i nuovi modelli di assistenza sanitaria richiedono l'empowerment dei pazienti. Notevoli progressi nella tecnologia e nei sistemi di informazione creano opportunità precedentemente sconosciute per raggiungere nuovi obiettivi.

Le piattaforme informative elettroniche sulla salute hanno il potenziale per supportare modelli standardizzati di erogazione delle cure, coinvolgere i pazienti e fornire strumenti di autovalutazione dei pazienti .

L'obiettivo di questa indagine era valutare se una nuova piattaforma di sanità elettronica (e-health), che combina il mobile computer e un sistema di gestione dei contenuti,

potesse effettivamente fornire un'istruzione inerente è "just-in-time" ai pazienti più anziani a seguito di interventi cardiocirurgici.

I pazienti sono stati dotati di tablet iPad[®] in cui hanno trovato moduli educativi come parte di un elenco quotidiano di "cose da fare" in un piano di assistenza. Il tablet comunicava in modalità wireless a un pannello di controllo in cui i dati venivano aggregati e visualizzati.

Una popolazione di 149 pazienti sottoposti ad intervento chirurgico con un'età media di 68 anni ha utilizzato l'84% di moduli educativi erogati in un periodo di ricovero di 5,3 giorni. L'età aumentata non è stata associata a un uso ridotto.

È stato dimostrato che l'età, il ricovero in ospedale e la chirurgia maggiore non sono ostacoli significativi all'educazione efficace del paziente se il contenuto è altamente consumabile e rilevante per l'esperienza di cura quotidiana dei pazienti.

La combinazione di mobile computer con un sistema di gestione dei contenuti consente un'educazione dinamica, modulare, personalizzata è "just-in-time" in un formato altamente applicabile. Questo approccio presenta un mezzo attraverso il quale i pazienti possono diventare partecipanti informati in nuovi modelli sanitari. [26]

4 CONCLUSIONE

La presente tesi ha permesso di redigere una sintesi di quanto la ricerca ha prodotto, essa indaga gli aspetti che riguardano l'educazione fornita ai pazienti sottoposti a procedure chirurgiche, con lo scopo di verificare se l'intervento produce effetti positivi sul percorso di cura.

Dalla revisione emerge che un processo educativo ben articolato apporta benefici nel paziente chirurgico dimesso.

La comunicazione efficace è un metodo che preserva il benessere del paziente dopo l'intervento.

È dimostrato che un'ottimale comunicazione tra infermiere e paziente può migliorare gli outcome post-operatori, come il controllo del livello di dolore anche quello correlato alle attività utili a favorire il processo di guarigione. (Sugai et al., 2013).

Ricevere informazioni affidabili e facili da comprendere è essenziale per ottenere la compliance e la partecipazione attiva dei pazienti nella gestione del sito chirurgico diminuendo i tassi di infezione dello stesso. (Andersson et al., 2015).

Nello studio eseguito da O'Donnell et al. (2015) è emerso che le persone che hanno ricevuto l'intervento educativo, hanno riportato un livello di dolore minore rispetto a coloro che non hanno beneficiato di tale intervento (54.6% contro 65.5%). Inoltre, le persone appartenenti al gruppo sperimentale sono ritornate alle loro attività di vita quotidiana in un tempo più breve rispetto ai pazienti appartenenti al gruppo di controllo.

L'ansia e lo stato emotivo sono i fattori che più frequentemente migliorano. L'informazione relativa allo stato clinico data ai pazienti favorisce l'aderenza alla nuova condizione di vita e ai trattamenti da proseguire a domicilio. Dagli studi analizzati emergere come importante sia l'aspetto temporale, la modalità di somministrazione delle informazioni, ovvero il momento in cui esse vengono date e la capacità di trasmetterle in modo adeguato.

Le conoscenze del paziente sono state un parametro di misura della procedura chirurgica e degli eventi che la circondano. I risultati della revisione suggeriscono che:

- 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;
- 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;
- l'insegnamento di gruppo può ridurre il tempo complessivo necessario all'acquisizione delle abilità pratiche richieste da parte del singolo paziente.

Le raccomandazioni sono basate sul secondo livello di evidenza secondo il National Health and Medical Research Council (RCT). [25]

Dall'analisi della letteratura è emerso inequivocabilmente che grazie alle conoscenze acquisite, i pazienti sono stati in grado di attuare le strategie per prevenire le complicanze postoperatorie dopo il congedo ospedaliero riducendo così la riospedalizzazione. [10]

Il fabbisogno informativo costituisce pertanto un'esigenza quanto mai prioritaria per la persona sottoposta ad intervento chirurgico, diventa questo un processo imprescindibile che deve essere implementato e potenziato in ogni setting chirurgico.

5 BIBLIOGRAFIA

- [1] K. N., «Benefits of preoperative education for adult elective surgery patients,» *AORN J*, 2009 Sep;90(3):381-387..
- [2] *D.M. n° 739 del 14/09/1994, Regolamento concernente l'individuazione della figura e.*
- [3] «Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche,» *Il testo approvato dal Consiglio Nazionale 13 aprile 2019*, 2019.
- [4] D. J. Blay N, « The effect of pre-admission education on domiciliary recovery following laparoscopic cholecystectomy,» *Aust J Adv Nurs* , pp. 22(4):14-19., 2005 Jun-Aug;.
- [5] « Management of the Day Surgery Patient, Best Practice Supplement 1,» *jbi*, pp. 1-4, 2003.
- [6] C. I. Roma, «ONE DAY SURGERY,» [Online].
- [7] M. E. Pettersson, «Topics and structure in preoperative nursing consultations with patients undergoing colorectal cancer surgery,» *Scand J Caring Sci*; 2017; 31; 674–686.
- [8] G. F. e. G. P. Numero, «Orientamenti per le moderne dinamiche clinico-assistenziali,» vol. 10, Giugno 2018.
- [9] H. A. & Z. W., «A study of the impact of discharge information for surgical patients,» *Journal of Advanced Nursing*, 2001.
- [10] D. V. S. Anney Tojeiro Giordani¹, «Demand of hospitalized surgical patients information: a descriptive and prospective study,» *Online braz j nurs* , 2016.
- [11] D. R. A.-B. C. B. M. M. R. C. K. P. R. R. H. R. B. C. E. R. B. D. C. R. Janie T. Best, «The Impact of Scripted Pain Education on Patient Satisfaction in Outpatient Abdominal Surgery Patients,» *American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 2016.
- [12] B. A. J. M. B. H. T. B. M. M. E.-O. M. S. M. S. V. M. M. M. J. L. Craig J. Wilson, «Caring for the surgically anxious patient: a review of the interventions and a guide to optimizing surgical outcomes,» *The American Journal of Surgery*, pp. 151-159, 2016.
- [13] B. R. C. HOLLY A. ADAMS, «PEDIATRIC PATIENT EDUCATION PROGRAM,» *AORN Journal*, vol. Vol 93, 2011.
- [14] A. A. Alanazi, «Reducing anxiety in preoperative Reducing anxiety in preoperative,» *surgical nursing*, 2014.
- [15] S. J. K. I. Draskovic B, « Psychological aspects of pediatric anesthesia.,» *Med Preg*, Vol. %1 di %2Jan-feb;68(1-2, pp. 29-34, 2015.
- [16] « Psychological aspects of pediatric anesthesia.,» *Smith's anesthesia for infants and children.*, n. 241-252, 2006.

- [17] R. P. M. I. Kotiniemi L, «Behavioural changes in children following day-case surgery:», *Anaesthesia [serial on the Internet].*, n. 1997 Apr [cited 2014 Jan 20]; 52:970-6..
- [18] M. L. C.-. A. a. K. D. M. B. Kain Z, « Preoperative anxiety, postoperative pain, and behavioural recovery in young children undergoing surgery.», . *Pediatrics [serial on the internet]*, 2006.
- [19] K. Z. L. L. P. Rosenbaum A, « The place of premedication in pediatric practice.», *Pediatr Anesth [serial in internet]*, Vol. %1 di %2].2009 [2014 Jan 23]; 19:817-28..
- [20] F. M. P. K. K. A. Ahmed MI, «Preoperative anxiety in children risk factors and non pharmacological management.», *Middle East J Anesthesiol*, vol. Jun; 21(2), n. 153-165, 2011.
- [21] .. Caldwell-Andrews A, « Psychological predictors of postoperative sleep in children undergoing outpatient surgery.», *Pediatr Anesth [serial on the Internet].*, n. 144–511, 2006.
- [22] P. L. D. A. A. P. a. F. D. P. Daniel Y Sugai, «The Importance of Communication in the Management of Postoperative Pain», *Hawaii J Med Public Health*. 2013 Jun; 72(6): 180–184..
- [23] C. H. P. F. D. U. K. Adkins, «A Practice Improvement Project to Reduce Cesarean Surgical Site Infection Rates», *Nursing for Women's Health*, vol. 20, n. 6, pp. 544-551, December 2016–January 2017.
- [24] M. R. M. C. Alan Pearsona, «Best practice” in day surgery units: a review of the evidence», *The Joanna Briggs Institute*, n. 11, pp. 49-54, 2004.
- [25] E. D. a. O. S. K. Hodgkinson B, « Retention from Pre-operative PatientInformation», *The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery*, vol. 6, 2000.
- [26] M. a. A. M. P. K. S. V. D. P. L. S. K. P. R. E. N. F. R. a. D. R. S. P. David J. Cook, «Patient education self-management during surgical recovery: combining mobile (iPad) and a content management system.», *Telemed J E Health*. ., 2014 .
- [27] G. S. M. R. J. W. M. S. & H. J. De Oliveira, « The impact of health literacy in the care of surgical patients: A qualitative systematic review», . *BMC Surgery*, , p. 86, 2015.
- [28] S. E. C. A. G. T. H. P. C. M. W. & K. G. D. Tevis, «Implications of multiple complications on the postoperative recovery of General Surgery patients», *Annals of Surgery*, pp. 1212-1218, 2016.
- [29] S. V. (1995), « Child-focused perioperative education: helping children understand and cope with surgery.», *Semin Perioper Nurs*.
- [30] «Rimodulazione del percorso chirurgico dell'AOR San Carlo», [Online].

- [31] R. P. J. M. H. C. J. W. H. B. L. C. M. E. W. M. V. B. K. Y. Merkow, «Underlying reasons associated with hospital readmission following surgery in the United States.,» *JAMA*, p. 483–495, 2015.
- [32] C. C. S. S. S. C. C. & T. J. Lin, «Discharge planning.,» *International Journal of Gerontology*, pp. 237-240, 2012.
- [33] H. S. R. S. A. & S. J. A. Kazaure, «Association of postdischarge complications with reoperation and mortality in General Surger,» *Archives of Surgery*, pp. 1000-1007, 2012.
- [34] M. T. O. R. M. P. S. D. L. I. C. J. C. S. K. S. J. F. Kassin, «Risk factors for 30-Day hospital readmission among General Surgery patients,» *Journal of the American College of Surgeons*, vol. III, n. 215, pp. 322-330, 2012.
- [35] E. G. B. M. T. G. & C. W. Kang, «Discharge education delivered to general surgical patients in their management of recovery post discharge: A systematic mixed studies review.,» *International Journal of Nursing Studies*,, 2018.
- [36] S. F. W. M. V. & C. E. A. Jencks, «Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program.,» *New England Journal of Medicine*, n. 14, pp. 1418-1428, 2009.

RINGRAZIAMENTI

Desidero ringraziare la dott.ssa Stefania Liberati, relatrice di questa tesi, per la grande disponibilità e cortesia dimostratemi e per tutto l'aiuto fornito durante la stesura.

Un sentito ringraziamento alla mia famiglia che con il suo incrollabile sostegno mi ha permesso di raggiungere questo traguardo.

Infine, vorrei dedicare questo piccolo traguardo a me stessa, che possa essere l'inizio di una lunga e brillante carriera professionale.