



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY:
INDAGINE CONOSCITIVA SULLA
CONSAPEVOLEZZA DEL PERSONALE
INFERMIERISTICO IN AREA CHIRURGICA.**

Relatore: Chiar.ma

Dott.ssa Amelia Falleroni

Tesi di Laurea di:

Daniela Metaj

A.A. 2019/2020

INDICE

<i>Abstract</i>	<i>pag. 4</i>
<i>Introduzione</i>	<i>pag. 5</i>
Capitolo 1: RASSEGNA CRITICA DELLA LETTERATURA	
	<i>pag. 8</i>
<i>1.1 Enhanced recovery after surgery: analisi del termine e cosa implica.</i>	
<i>1.2 Protocollo ERAS : storia ed evoluzione durante gli anni.</i>	<i>pag. 8</i>
<i>1.3 Applicazione e benefici del progetto ERAS e ITALIAN PERIOPERATIVE PROGRAM</i>	<i>pag. 9</i>
<i>1.4 Ruolo dell'infermiere</i>	<i>pag.10</i>
<i>1.5 Team multidisciplinare coinvolto nel protocollo ERAS.</i>	<i>pag.11</i>
Capitolo 2 :PREPARAZIONE ED INTERVENTI DI ASSISTENZA PREVISTI DAL PROTOCOLLO ERAS	
	<i>pag.12</i>
<i>2.1 Counseling preoperatorio</i>	
<i>2.2 Digiuno preoperatorio e carico dei carboidrati</i>	<i>pag. 14</i>
<i>2.3 Interventi innovativi nel percorso perioperatorio</i>	<i>pag.15</i>
Capitolo 3: OBIETTIVO	<i>pag.16</i>
Capitolo 4 : MATERIALI E METODI	
<i>4.1 Disegno dello studio</i>	
<i>4.2 Campione</i>	<i>pag. 17</i>
<i>4.3 Intervista attraverso questionario anonimo</i>	<i>pag. 18</i>
<i>4.4 Elaborazione statistica</i>	

<i>Capitolo 5:RISULTATI QUESTIONARIO</i>	<i>pag.19</i>
<i>Capitolo 6:DISCUSSIONE</i>	<i>pag.33</i>
<i>6.1 Limiti dello studio</i>	<i>pag.35</i>
CONCLUSIONI	<i>pag.36</i>
BIBLIOGRAFIA	<i>pag.38</i>
SITOGRAFIA	<i>pag.39</i>
ALLEGATI	<i>pag.40</i>
<i>QUESTIONARIO D'INDAGINE</i>	
RINGRAZIAMENTI	

ABSTRACT

Il protocollo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) ovvero miglior recupero dopo un intervento chirurgico) è nato con l'obiettivo di garantire al paziente, dopo l'intervento, un recupero ottimale ed un ritorno precoce e sicuro alle attività quotidiane.

Il protocollo ERAS prevede la collaborazione attiva del paziente (e, se possibile, dei suoi familiari) e si basa su alcuni accorgimenti che devono essere presi nella fase precedente ed in quella successiva all'intervento.

Punta a ridurre lo stress perioperatorio del paziente, legato in parte all'ospedalizzazione e in parte alle alterazioni fisiopatologiche proprie dell'intervento chirurgico.

L'obiettivo della tesi è cercare di capire, per mezzo di un'indagine conoscitiva tramite questionario anonimo, il livello di conoscenza del protocollo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) del personale infermieristico che presta servizio in area

chirurgica e la sua eventuale implementazione nell'Area Vasta 5.

Parole chiave: ERAS, Nurse, Multidisciplinary, Surgery, Fast-track surgery

INTRODUZIONE

Questo progetto di ricerca è nato dall'idea di eseguire un'indagine conoscitiva sulle competenze e conoscenze infermieristiche inerenti il protocollo ERAS.

Attraverso alcune interviste, eseguite con l'aiuto di un questionario anonimo, formato da domande mirate all'argomento, si sono volute ricercare le premesse, le tendenze e le competenze del personale infermieristico di area chirurgica, che lavora nell' Area Vasta 5.

I protocolli ERAS ("Enhanced Recovery After Surgery", ovvero miglior recupero dopo un intervento chirurgico) nascono dall' esigenza di valorizzare l'efficacia curativa dell'atto chirurgico riducendone le complicanze e facilitando il recupero e il ritorno del paziente alla vita extra-ospedaliera. Si tratta di protocolli standardizzati, costruiti su solide evidenze scientifiche, di interventi multimodali e multidisciplinari eseguiti sui pazienti sottoposti a interventi di chirurgia maggiore, nelle varie fasi perioperatorie.

Rispetto al protocollo tradizionale, l'attuale programma ERAS ha compiuto diversi passi in avanti, includendo multipli interventi (items) che attenuano lo stress chirurgico, mantengono le normali funzioni fisiologiche e garantiscono un recupero rapido postoperatorio.

Il concetto di "fast-track surgery" è stato introdotto nei primi anni 90 dal chirurgo Henrik Kehlet.

Kehlet dimostrò che, applicando principi evidence-based nel periodo perioperatorio nella chirurgia del colon (ad esempio l'utilizzo di calze elastiche nella prevenzione della trombosi venosa profonda), la degenza post operatoria poteva essere ridotta di 2-3 giorni rispetto alla media. Attualmente i protocolli ERAS coinvolgono non solo chirurghi, ma anche nutrizionisti e dietisti, fisiatri e fisioterapisti, infermieri e naturalmente il paziente stesso.

Il concetto chiave è che mentre ogni singolo item da solo ha scarsa rilevanza, la sinergia di multipli interventi impatta notevolmente sul recupero postoperatorio.

Mediante questa tesi è stata condotta un'indagine che ha messo in luce una realtà che richiede un intervento, anche formativo, data la rilevanza che il tema ricopre per il paziente e per la professione infermieristica.

CAPITOLO 1

RASSEGNA CRITICA DELLA LETTERATURA

1.1.Enhanced Recovery After Surgery: analisi del termine ERAS e le sue fasi.

Il protocollo ERAS ("Enhanced Recovery After Surgery", ovvero miglior recupero dopo un intervento chirurgico) è nato con l'obiettivo di garantire, dopo l'intervento, un recupero ottimale ed un ritorno precoce e sicuro alle attività quotidiane. Viene applicato per molti interventi su patologie gastrointestinali, coloretali, pancreatiche e di chirurgia maggiore. La missione della Società ERAS è sviluppare l'assistenza perioperatoria e migliorare il recupero attraverso la ricerca, l'istruzione, l'audit e l'implementazione di pratiche basate sull'evidenza.

Il concetto di "fast-track surgery" è stato introdotto nei primi anni 90 dal chirurgo Henrik Kehlet. Kehlet dimostrò che, applicando principi evidence-based nel periodo perioperatorio nella chirurgia del colon (ad esempio l'utilizzo di calze elastiche nella prevenzione della trombosi venosa profonda), la degenza post operatoria poteva essere ridotta di 2-3 giorni rispetto alla media .

Quando si introduce il programma ERAS®, i suggerimenti sono di creare protocolli adattati alla realtà di ogni ospedale. Questo viene fatto mirando a soddisfare le esigenze dei pazienti; promuovere un adeguato controllo dei sintomi; promuovere il benessere dei pazienti durante tutto il processo chirurgico; e per consentire loro di eseguire la cura di sé nel periodo postoperatorio.

Il protocollo ERAS prevede la collaborazione attiva del paziente (e, se possibile, dei suoi familiari) e si basa su alcuni accorgimenti che devono essere presi nella fase precedente ed in quella successiva all'interventi. Rispetto al protocollo tradizionale, l'attuale programma ERAS ha compiuto diversi passi in avanti, includendo multipli interventi (items) che attenuano lo stress chirurgico, mantengono le normali funzioni fisiologiche e garantiscono un recupero rapido postoperatorio.

Gli items dei protocolli ERAS sono peculiari a seconda del tipo di chirurgia effettuata. Nella chirurgia coloretale possono arrivare fino a 20 e vengono suddivisi in items pre-operatori, intraoperatori e post-operatori. L'applicazione dei protocolli ERAS in chirurgia ha dimostrato di ridurre notevolmente le complicanze post-operatorie, i tempi di recupero del paziente sottoposto ad intervento chirurgico, la degenza media e di conseguenza i costi ospedalieri.

Questo programma ha molti vantaggi comprovati in letteratura, come la riduzione dei tempi di ricovero (senza aumentare i casi di riospedalizzazione); riduzione delle complicanze postoperatorie; e riduzione dei costi per le istituzioni

Gli interventi considerati nei protocolli ERAS sono: mobilitazione precoce del paziente, il giorno stesso dell'intervento; adeguata gestione del dolore utilizzando un approccio multi specialistico evitando la somministrazione di oppiacei, congrua profilassi farmacologica della nausea e del vomito post intervento ed infine, non meno importante, celere ripresa dall'alimentazione orale.

Rispetto al protocollo tradizionale, l'attuale programma ERAS ha compiuto diversi passi in avanti, includendo multipli interventi (items) che attenuano lo stress chirurgico, mantengono le normali funzioni fisiologiche e garantiscono un recupero rapido post-operatorio.

Il programma ERAS si suddivide in tre momenti:

Fase Preoperatoria. Si effettua attraverso uno specifico programma informativo al paziente su tutte le procedure chirurgiche ed anestesologiche. Fornire al paziente consigli educazionali e l'informazione preoperatoria sembra favorire la riduzione dell'ansia del paziente, durata della degenza e del dolore. Tra gli interventi educativi rientra a pieno titolo il controllo al fumo di sigaretta e l'astensione al consumo di alcool.

I protocolli ERAS inoltre elaborano anche un nuovo concetto di digiuno pre-operatorio, già ampiamente discusso da molte evidenze scientifiche, prevedono quindi la possibilità di assumere liquidi chiari fino a 2 ore prima dell'intervento garantendo al paziente uno stato metabolico-nutrizionale sufficiente. I medesimi protocolli inoltre scoraggiano la pulizia intestinale meccanica prima dell'intervento, ad esempio attraverso clisteri, infatti questa pratica, si ritiene causa di squilibri elettrolitici ed un rallentamento nella canalizzazione post-chirurgico.

Fase Intraoperatoria. L'ambito comprende le attività che si svolgono dal momento di entrata in sala operatoria fino al raggiungimento della camera di degenza post intervento chirurgico. I protocolli ERAS prevedono di prevenire l'ipotermia grazie all'utilizzo di coperte termiche o infusioni di liquidi riscaldati, il controllo del rischio da sovraccarico di liquidi ed il controllo del dolore post operatorio attraverso le analgesie loco regionali con tecnica TAP-block (Transversus abdominal Plane Block) ossia il blocco selettivo dei nervi dal muscolo obliquo al muscolo trasverso dell'addome.

Fase Postoperatoria. Il principale obiettivo dei protocolli ERAS è quello di garantire quanto più precocemente possibile un rapido recupero del paziente con il conseguente ritorno alle attività di vita quotidiane. In molti casi si rende necessario anche un intervento educazionale per indurre il paziente all'autocura degli esiti chirurgici.

1.2 Protocollo ERAS: storia ed evoluzione durante gli anni.

I Protocolli ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) nascono dalla esigenza di valorizzare l'efficacia curativa dell'atto chirurgico riducendone le complicanze e facilitando il recupero e il ritorno del paziente alla vita extra-ospedaliera

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 .

Nel 1997 Kehlet propose un innovativo programma definito inizialmente "Multimodal Rehabilitation Programme". Nel 1999 Kehlet e Mogensen pubblicarono i primi risultati ottenuti dall'applicazione di questo programma: un'ospedalizzazione mediana di soli due giorni dopo un intervento di resezione colica.

Nel 2001, da una collaborazione tra università e dipartimenti chirurgici di 5 centri del nord Europa si costituisce il gruppo ERAS, che partendo dall'esperienza danese, iniziò a valutare il grado di evidenza di ognuna delle componenti della cura perioperatoria e a standardizzare nuovi programmi basati sull'evidenza.

Le prime raccomandazioni di consenso ERAS sono pubblicate nel 2005 per la chirurgia del colon e nel 2009 per la chirurgia del retto.

Nel 2010 viene fondata l'ERAS Society, una società multinazionale accademica, e nel 2012 sono divulgate le prime linee guida per la chirurgia elettiva del colon, del retto e del pancreas. Recentemente, in diversi paesi, si sono costituiti gruppi nazionali collegati all'ERAS Society. In Italia, la società scientifica PeriOperative Italian Society (POIS).

1.3 Applicazione e benefici del protocollo ERAS e Italian PeriOperative Program

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 outcome.

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 broncopolmonari e di fenomeni tromboembolici .

A livello italiano il protocollo ERAS è raccolto da Italian Perioperative Program (IPP) cioè un insieme di procedure tese al miglioramento del benessere del paziente e ad una riduzione delle complicanze prima, durante e dopo l'intervento. Una particolare sessione dell'Italian Perioperative Program è dedicata alla nutrizione dove sono raccolti i protocolli nutrizionali suddivisi in base al tipo di intervento, (Protocollo nutrizionale colonretto, duodenocefalopancreasectomia, pancreasectomia distale, esofagectomia con anastomosi cervicale, esofagectomia con anastomosi toracica, gastrectomia totale, resezione gastrica subtotale), indicazioni circa l'utilizzazione del carico glucidico preoperatorio nel paziente diabetico, gestione del paziente sottoposto a immunonutrizione.

1.4 Ruolo dell'infermiere

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 fluido-terapia, la rimozione dei drenaggi e del catetere vescicale, nei tempi definiti

L'attività della figura infermieristica si rivela di fondamentale importanza a livello dell'equipe multiprofessionale del Programma ERAS, con lo scopo di migliorare il livello di assistenza. E' stato infatti istituito il Nursing Group ERAS con lo scopo di avere una banca dati internazionale di conoscenza per gli infermieri interessati al progetto, e di creare una rete di infermieri per la condivisione delle conoscenze. Tale condivisione avverrà sul sito ufficiale <http://www.erassociety.org> dove si potranno trovare esempi di informazioni per il paziente, un elenco di pubblicazioni con articoli riguardanti la cura ERAS-infermieristica, l'ispirazione per cambiamenti organizzativi, un elenco di nomi e recapiti dei membri del Nursing Group ERAS. Il Nursing Group ERAS ha infatti predisposto una serie di piani di assistenza e percorsi specifici per tipo di intervento, cioè un metodo standardizzato per pianificare l'assistenza infermieristica con obiettivi quotidiani.

Le attività di competenza infermieristica sono:

L'infermiere partecipa alla formulazione del programma nutrizionale, nella indicazione al trattamento, nella pianificazione del programma nutrizionale a medio e lungo termine.

Collabora a scegliere le modalità di somministrazione delle miscele nutrizionali e della scelta della via d'accesso, valuta il fabbisogno del materiale previsto nel piano di assistenza e mantiene i contatti con l'équipe farmaceutica per gli approvvigionamenti. Relaziona periodicamente l'équipe multiprofessionale sull'andamento delle prestazioni erogate al paziente in nutrizione artificiale in termini di bisogni, problemi, interventi attuati e risultati.

I protocolli ERAS, sembrano rappresentare una soluzione alle complicanze chirurgiche garantendo un ritorno più rapido alla normale vita quotidiana del paziente. L'obiettivo principale è quello di aiutare il recupero del post-operatorio del paziente minimizzando lo stress psico-fisico determinato dall'intervento attraverso un percorso multidisciplinare pianificato.

1.5 Team multidisciplinare nel protocollo ERAS.

Attualmente i protocolli ERAS coinvolgono non solo chirurghi, ma anche anestesisti, nutrizionisti e dietisti, fisiatristi e fisioterapisti, infermieri e naturalmente il paziente stesso. Il concetto chiave è che mentre ogni singolo item da solo ha scarsa rilevanza, la sinergia di multipli interventi impatta notevolmente sul recupero post-operatorio.

L'attuazione di tale modello si fonda sul principio della multiprofessionalità 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.

Il programma Enhanced Recovery After Surgery allude all'assistenza perioperatoria e include una serie di linee guida basate sull'evidenza con un approccio multimodale associato alle aree di Chirurgia, Anestesia, Infermieristica e Nutrizione. In questo modo, il suo processo di introduzione presuppone un approccio multidisciplinare coordinato, che ha anche come novità una partecipazione più attiva dei pazienti nel loro processo di recupero, passando dal concetto di paziente malato al concetto di **paziente empowered** (con più conoscenze riguardo l'intervento).

Il lavoro in équipe multiprofessionale è una modalità di lavoro collettivo, caratterizzato dall'interazione di vari interventi tecnici delle diverse figure professionali attraverso la comunicazione verbale e scritta. Nell'équipe sono mantenuti i rapporti gerarchici, l'autonomia e l'indipendenza tecnica, pur nella flessibilità della suddivisione del lavoro. Spesso, per la diversa preparazione e competenza, è attribuito valore diverso alle varie figure professionali e ciò può generare tensioni.

L'integrazione tra le varie figure professionali può avvenire solo se si mantiene una comunicazione rispettosa del proprio e dell'altrui ruolo. L'azione comunicativa ha bisogno della condivisione non solo di premesse tecniche, ma, soprattutto, di un orizzonte etico.

Lavorare in équipe non significa annullare la specificità dei compiti, essendo le differenze tecniche contributo fondamentale alla qualità del servizio da offrire. Pur mantenendo distinte le attività relative alle specifiche competenze, è necessaria una flessibilità che garantisca che alcuni compiti – accoglienza, formazione e conduzione di gruppi educativi e operativi – possano essere svolti da tutti, indipendentemente dalle diverse professionalità.

Nel lavoro multidisciplinare, ogni figura professionale, pur integrandosi con le altre, mantiene un ruolo centrale e pari dignità, per potenziare l'intervento mirato al raggiungimento degli obiettivi prefissati.

CAPITOLO 2

PREPARAZIONE ED INTERVENTI DI ASSISTENZA PREVISTI DAL PROTOCOLLO ERAS NEL PREOPERATORIO.

2.1 Counseling preoperatorio

Il primo punto del progetto ERAS è il counselling preoperatorio.

Sin dal 1998 l'Organizzazione Mondiale della Sanità riconosceva l'importanza dell'Educazione terapeutica perché: *"permette al paziente di acquisire e mantenere le capacità e le competenze che lo aiutano a vivere in maniera ottimale con la sua malattia...si tratta di un processo continuo, integrato nell'assistenza sanitaria incentrato sul paziente... il suo scopo è di aiutare il paziente e la sua famiglia a comprendere la natura della malattia e dei trattamenti, a collaborare attivamente alla realizzazione del percorso terapeutico e a prendersi cura del proprio stato di salute, per mantenere e migliorare la propria qualità di vita"* (W.H.O., Working Group, 1998).

Diversi studi hanno evidenziato i benefici dell'educazione terapeutica nei pazienti affetti da patologie croniche quali: l'aumento delle conoscenze in merito agli stili di vita più sani, il miglioramento della compliance terapeutica, il miglioramento del livello del dolore, nei pazienti diabetici profili glicemici più stabili (Dawes M.G. et al, 2010; King A.B. et al, 2007; Undermann B.E. et al, 2004).

Anche nei pazienti candidati ad intervento chirurgico sono stati evidenziati dei vantaggi collegati all'educazione terapeutica, come: il favorire la partecipazione e il ruolo attivo del paziente nel perioperatorio, la percezione da parte del paziente di essere partecipe delle decisioni di cura a cui consegue una maggiore motivazione a seguire il percorso terapeutico (Angioli R. et al, 2014; Jjala H.A. et al, 2010; Yilmaz M. et al, 2012).

Di contro nel paziente candidato ad intervento chirurgico si riscontrano dei limiti dettati dall'ottimizzazione dei tempi di ricovero e quindi dalla riduzione delle degenze che porta, come conseguenza, ad avere sempre meno tempo a disposizione per l'educazione, e spesso anche a dimissioni precoci in pazienti che richiedono maggiore assistenza domiciliare.

Per ovviare ai limiti sopra descritti si è pensato di introdurre l'educazione preoperatoria.

Il Counselling preoperatorio ha la finalità di migliorare il decorso, ridurre i tempi di recupero, facilitare l'instaurarsi della relazione di aiuto.

L'incontro deve essere un momento strutturato in cui il professionista, valutate le risorse dell'assistito, pianificherà il piano di educazione terapeutica.

Per essere efficace il counselling deve essere programmato dalle due alle quattro settimane prima dell'intervento chirurgico, poiché in tempi sufficientemente lontani dall'evento il paziente è più ricettivo ed inoltre ha davanti a sé più occasioni per rafforzare l'apprendimento.

Durante l'incontro è bene utilizzare un approccio multimodale, associando al classico colloquio l'utilizzo del *Patient Learning Materials* (materiale informativo/didattico, raccomandato dalla letteratura, che può assumere diverse forme: cartaceo, CD didattico, programma web-based, video).

Nel counseling preoperatorio l'infermiere oltre alla relazione terapeutica, svolge altre funzioni di counseling:

- Consegna brochure informativa
- Consegna moduli per preparazione preoperatoria
- Fornisce nutricia preop (6 bottiglie da 200 ml)
- Consegna incentivatore respiratorio ai pazienti forti fumatori o pneumopatici cronici
- Consegna due buste di clorexidina sapone per la doccia preoperatoria

2.2 Digiuno preoperatorio e carico dei carboidrati secondo le linee guida ERAS.

È stato dimostrato che il prolungato digiuno prima di un intervento chirurgico porta ad uno stress aggiuntivo per l'organismo (De Aguilar-Nascimento et al, 2010) e gli interventi chirurgici aumentano il rilascio di ormoni catabolici (noradrenalina, glucagone, cortisolo e ormone della crescita) riducendo il rilascio di ormoni anabolici, specialmente insulina che porta ad insulino resistenza ed iperglicemia (Meneghini L., 2009) con una conseguente maggiore esposizione al rischio infettivo (Richards et al., 2014). Il controllo glicemico è stato infatti originariamente studiato nei pazienti diabetici a causa della maggiore incidenza di complicanze infettive, in particolare della ferita chirurgica.

Al fine di evitare i danni che comporta nel paziente il digiuno prolungato, il programma ERAS si attiene alle indicazioni fornite dalle linee guida ASA che raccomandano la sospensione dell'assunzione di liquidi chiari 2 ore prima dell'intervento e di alimenti solidi 6-8 ore prima, valide per tutti i pazienti candidati a chirurgia elettiva che non presentano disturbi dello svuotamento gastrico.

I dati della letteratura documentano che il carico dei carboidrati in pazienti sottoposti a chirurgia elettiva determina:

- una riduzione fino al 50% della resistenza all'insulina;
- un aumento del benessere del paziente che presenta meno ansia, fame, sete, squilibrio idro-elettrolitico, senso di vomito e nausea (PONV) nel postoperatorio;
- una riduzione della degenza ospedaliera.

È stato anche dimostrato in molti studi che l'assunzione di carboidrati nel preoperatorio è sicura e non alimenta il rischio di aspirazione polmonare; il carico glucidico, infatti, lascia lo stomaco in 90 minuti e non ha effetti sull'acidità gastrica. Inoltre, una recente revisione sistematica della Cochrane, effettuata in pazienti sottoposti a chirurgia addominale minore e maggiore elettiva, chirurgia ortopedica, cardiocirurgia e tiroidectomia, mette in evidenza che il carico glucidico non altera il pH e il contenuto gastrico ma, al contrario, è benefico poiché riduce significativamente la resistenza insulinica nel postoperatorio.

Non è possibile attuare il digiuno ridotto in tutti i pazienti, ma coloro che presentano un ritardo nello svuotamento gastrico (ASA III e IV) necessitano di un'attenta valutazione anestesiológica per capire se si possano seguire le linee guida o se sia più prudente lasciare il paziente a digiuno dalla mezzanotte. In letteratura non sono molti gli studi che prendono in esame queste categorie di pazienti, ma i pochi presenti dimostrano che l'assunzione di carboidrati e di liquidi chiari poco prima dell'intervento è sicura anche in questi casi.

2.3 Interventi innovativi nel percorso perioperatorio

Le evidenze scientifiche sottolineano che i fattori che influenzano il recupero del paziente chirurgico sono la scarsa comunicazione, il prolungato periodo di digiuno perioperatorio, la disidratazione o l'eccessivo carico di liquidi, l'inadeguato controllo del dolore, la mobilitazione tardiva, il catetere vescicale, il sondinonasogastrico, i drenaggi, la nutrizione artificiale parenterale, la lunga degenza ospedaliera.

Il programma ERAS ha una aderenza del 90% da parte dei sanitari e si applica nel rispetto di specifici criteri di inclusione e di esclusione. Vi aderiscono con consenso informato i pazienti sottoposti ad intervento di elezione con ASA I, II, III in laparoscopia o laparotomia in assenza di patologie neuropsichiatriche pregresse. Sono esclusi gli interventi in urgenza con ASA IV con una anamnesi di problemi neuropsichiatrici e contesto sociofamiliare sfavorevole.

Il protocollo prevede 24 items:

Counselling preoperatorio, evitare il digiuno preoperatorio, nessuna preparazione intestinale, carico di carboidrati preoperatorio, evitare la preanestesia, chirurgia mini invasiva, incisioni trasversali, antibiotico profilassi, profilassi anti trombotica, analgesia epidurale, evitare il sovraccarico di liquidi, profilassi PONV, nessun drenaggio addominale, riscaldamento attivo intraoperatorio, rimozione del SNG al risveglio, analgesia multimodale evitando oppioidi, dieta liquida il giorno dell'intervento, dieta solida i primo giorno post intervento, mobilitazione precoce, stop precoce idratazione post operatorio, rimozione precoce catetere vescicale, immunonutrizione, stimolazione intestinale, regolari audit multidisciplinari.

Considerando i criteri di dimissione – assenza di nausea, tolleranza ai cibi solidi, controllo del dolore con terapia orale, mobilitazione uguale a quella preoperatoria, non evidenza di complicazioni – si sottolinea che il programma ERAS non necessita di pervietà dell'alvo a gas e feci.

Anche se l'applicazione concreta del protocollo ERAS risulta essere talvolta di complessa attuazione nella realtà clinica quotidiana anche per la difficoltà ad aderire al cambiamento da parte degli stessi professionisti sanitari, questo nuovo percorso di cura permette di rivalutare in senso critico alcune pratiche assistenziali considerate routinarie ma non aggiornate dalle migliori prove di efficacia disponibili. E' stato dimostrato infine che il protocollo ERAS è un valido strumento per migliorare il decorso postoperatorio, semplificando l'assistenza senza ridurne la qualità e garantendo la massima soddisfazione del paziente senza ledere la sua sicurezza.

CAPITOLO 3

OBIETTIVO

Lo studio effettuato ha l'obiettivo di raccogliere dati sulla conoscenza del personale infermieristico che presta servizio in area chirurgica dell' Area Vasta 5, riguardo il protocollo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery).

CAPITOLO 4

MATERIALI E METODI

4.1 Disegno dello studio

Lo studio multicentrico, condotto attraverso la realizzazione di un'indagine conoscitiva, somministrato al personale infermieristico, tramite questionario anonimo ai reparti di area chirurgica dell'Area Vasta 5 (presidi ospedalieri: G. Mazzoni, Ascoli Piceno e Madonna del soccorso, San Benedetto del Tronto) si è svolto nelle seguenti fasi:

1° FASE:

Raccolta dati attraverso siti di ricerca e banche dati per EBN ed EBM, riviste di interesse infermieristico, medico e anestesiologicalo, linee guida e protocolli.

La ricerca nei vari siti web è stata condotta con l'utilizzo metodologico di parole chiave che hanno facilitato la raccolta dati, quali: ERAS, Nursing, Surgery, Fast-track .

Elaborazione di un questionario mirato per la raccolta dati necessaria per l'indagine del presente studio.

2° FASE

Ricerca tramite vari siti di raccolta dati: Google, Bing e in banche dati EBN ed EBM come PubMed, Cochrane Library, usando le parole chiave .

Somministrazione del questionario anonimo, rivolto al personale infermieristico, nelle unità organizzative facenti parte dell'area chirurgica, nei presidi ospedalieri di Ascoli

Piceno (G. Mazzoni) e San Benedetto del Tronto (Madonna del Soccoroso) dell'Area Vasta 5.

Presentazione verbale dell'obiettivo della tesi agli intervistati.

3° FASE

Elaborazione dei dati raccolti grazie al questionario anonimo, realizzazione grafica delle risposte.

4.2 Campione

Il campione selezionato per il presente studio è il personale infermieristico nelle unità organizzative facenti parte dell'area chirurgica, nei presidi ospedalieri di Ascoli Piceno (G. Mazzoni) e San Benedetto del Tronto (Madonna del Soccoroso) dell'Area Vasta 5. (Fig.1)

Il campione iniziale dello studio (totale di 84 infermieri) è così distribuito:

ZT 12 San Benedetto del Tronto	infermieri 38
ZT 13 Ascoli Piceno	infermieri 46



Figura 1 :Rappresentazione grafica della suddivisione in Area Vasta del territorio della Regione Marche.

4.3 Intervista attraverso questionario anonimo.

L'intervista al campione selezionato è stata effettuata grazie all'aiuto di un questionario anonimo, composto da dodici domande a risposta chiusa e multipla, somministrato nei mesi di Settembre- Ottobre 2020.

La prima parte del questionario va ad indagare le caratteristiche del campione selezionato, i dati anagrafici e sociali, la formazione personale e gli anni di servizio in area chirurgica.

La seconda parte del questionario, invece, è composta da domande mirate ad indagare la conoscenza del personale infermieristico riguardo il protocollo Enhanced Recovery After Surgery.

Il questionario oltre ad indagare sulla conoscenza delle linee guida del protocollo ERAS del personale infermieristico facente parte dell'area chirurgica dell'Area Vasta 5, chiede agli operatori un parere personale e soggettivo sull'argomento trattato.

4.4 Elaborazione statistica

I dati raccolti sono stati organizzati attraverso fogli di calcolo Microsoft Excel 2010 .

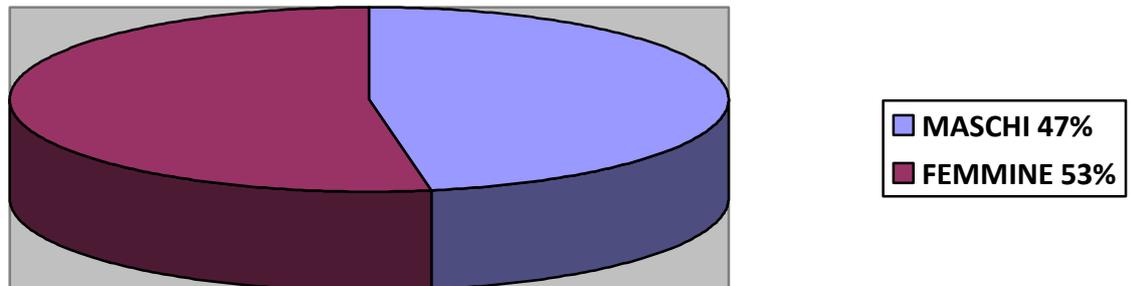
RISULTATI

Il campione finale degli infermieri effettivamente in servizio nel periodo della raccolta dati è di 53, a causa di assenze giustificate per congedi straordinari o non adesione.

La distribuzione del campione rispetto al sesso è la seguente:

maschi 25 (47%) e 28 femmine (53%) (Fig. 1)

Figura 1 Distribuzione del campione per sesso



In riferimento all'età il campione esprime una media di 43,7 anni

Rispetto agli anni di servizio in sala operatoria il campione esprime una media di 14,3 anni.

Alla domanda sulla formazione professionale, gli infermieri, hanno risposto nel seguente modo: (Tab.1)

- 22 (41,5) infermieri sono in possesso del Diploma Regionale;
- 3 (5,6%) infermieri del Diploma Universitario
- 14 (26,5) infermieri della Laurea di I° livello;
- 7 (13,3) infermieri della Laurea di II° livello
- 4 (7,51) infermieri del Master di I° livello
- 0 infermieri del Master di II° livello
- 3 (5,6) infermieri non hanno risposto

Tabella 1. Rappresentazione della formazione professionale del campione

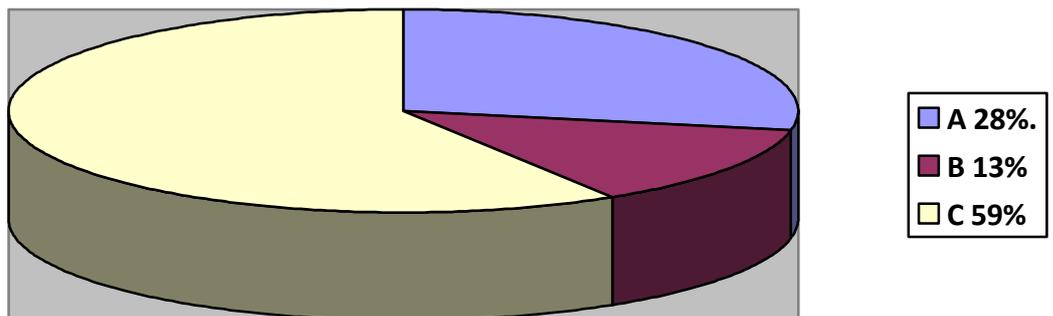
<i>Formazione professionale</i>	<i>N° infermieri</i>
Diploma Regionale	22 (41,5%)
Diploma Universitario	3 (5,6%)
Laurea I° livello	14 (26,5%)
Laurea II° livello	7 (13,3%)
Master I° livello	4 (7,5%)
Master II° livello	0
Non risposto	3 (5,6%)
Campione totale	53 (100%)

Il primo quesito indaga sull'applicazione del protocollo ERAS nella U.O. di appartenenza del personale infermieristico.

Il campione si esprime nel seguente modo(Fig.2) :

- 15 infermieri (28%) hanno risposto che il protocollo ERAS non viene applicato
- 7 infermieri (13%) hanno risposto che il protocollo ERAS è in fase di implementazione.
- 31 infermieri (59%) hanno risposto che il protocollo ERAS viene applicato.

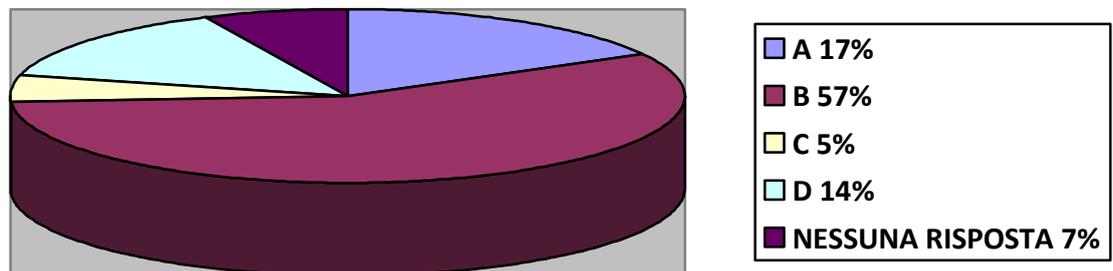
Figura. 2 Distribuzione del campione rispetto alla risposta inerente la domanda n° 1.



La seconda domanda indaga la conoscenza del campione sulle figure professionali maggiormente coinvolte nell'applicazione del protocollo ERAS. (Fig.3) :

- 9 (17%) infermieri hanno risposto che l'equipe multidisciplinare è composta da: chirurghi, anestesisti, assistente sanitario, dietisti, fisioterapisti.
- 30 (57%) infermieri hanno risposto che l'equipe multidisciplinare è composta da: chirurghi, anestesisti, infermieri, dietisti, fisioterapisti.
- 3 (5%) infermieri hanno risposto che l'equipe multidisciplinare è composta da: chirurghi, psichiatra, infermieri, dietisti, fisioterapisti
- 7 (14%) infermieri hanno risposto che l'equipe multidisciplinare è composta da: chirurghi, anestesisti, infermieri, radiologo, fisioterapisti.
- 4 (7%) infermieri non hanno risposto alla domanda.

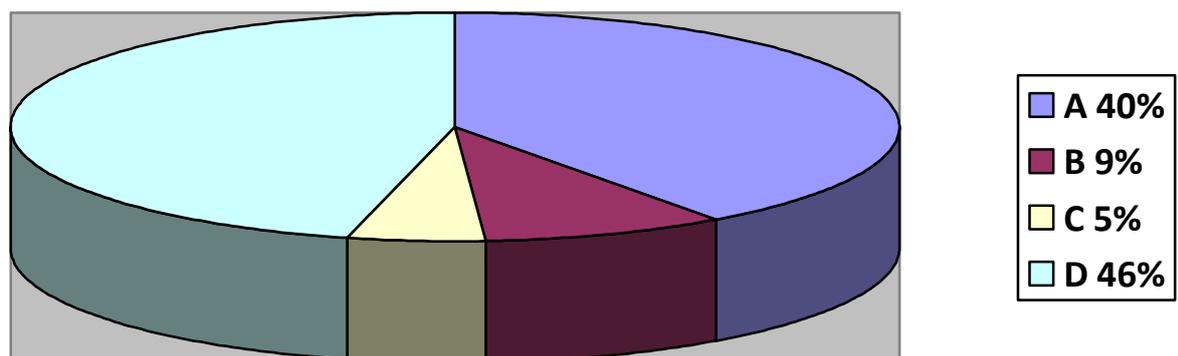
Figura 3 Il campione risponde alla domanda su quali figure professionali coinvolte nell'applicazione del protocollo ERAS.



Nel terzo quesito si chiede agli operatori di definire il protocollo ERAS. (Fig.4):

- 21 (40%) infermieri rispondono che: è un programma di trattamento basato sulla migliore scienza medica disponibile.
- 5 (9%) infermieri rispondono che : è una società medica senza scopo di lucro con esperti internazionali in chirurgia.
- 3 (5%) infermieri rispondono che: è una società che redige, pubblica ed aggiorna le linee guida per la migliore cura in specifici interventi chirurgici.
- 24 (46%) infermieri rispondono: tutte le precedenti

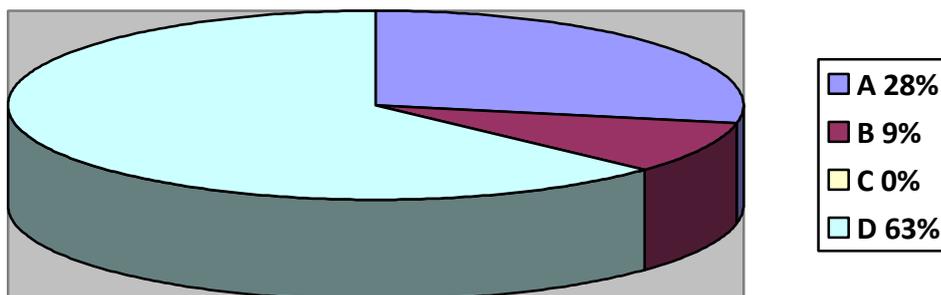
Figura 4. Il campione si esprime sulla personale definizione del protocollo ERAS



Nella quarta domanda si indaga sulla percezione degli operatori riguardo a cosa sia correlato il protocollo ERAS . Gli infermieri si sono espressi come riportato di seguito (Fig 5):

- 15 (28%) infermieri ritengono sia correlato alle complicanze che possono insorgere nel percorso chirurgico del paziente.
- 5 (9%) infermieri ritengono che sia correlato alla possibilità che un paziente subisca un danno durante un intervento chirurgico.
- 0 (0%) infermieri ritengono che sia correlato ai rischi intrinseci dell'intervento chirurgico, fase intraoperatoria.
- 33 (63%) infermieri ritengono che sia correlato al miglior risultato chirurgico.

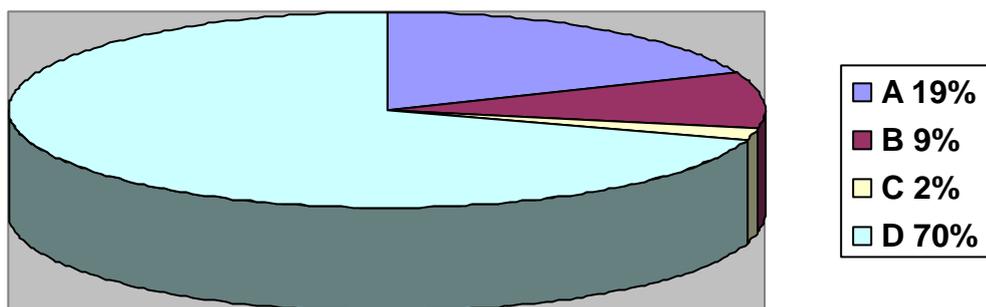
Figura 5. Rappresentazione della percezione del campione sulla correlazione del protocollo ERAS riguardo alcuni aspetti implicati nel percorso chirurgico del paziente.



Nel quesito numero cinque si chiede agli infermieri di esprimere un proprio parere su chi trae maggior beneficio dall'applicazione del protocollo ERAS. (Fig.6):

- 10 (19%) infermieri dichiarano che a trarre maggior beneficio dall'applicazione del protocollo ERAS sia l'equipe multidisciplinare
- 5 (9%) infermieri dichiarano che a trarre maggior beneficio dall'applicazione del protocollo ERAS sia il paziente ed i suoi familiari.
- 1 (2%) infermiere dichiara che a trarre maggior beneficio dall'applicazione del protocollo ERAS sia la struttura sanitaria
- 37 (70%) infermieri dichiarano che a trarre maggior beneficio dall'applicazione del protocollo ERAS siano tutte le figure elencate nelle risposte precedenti.

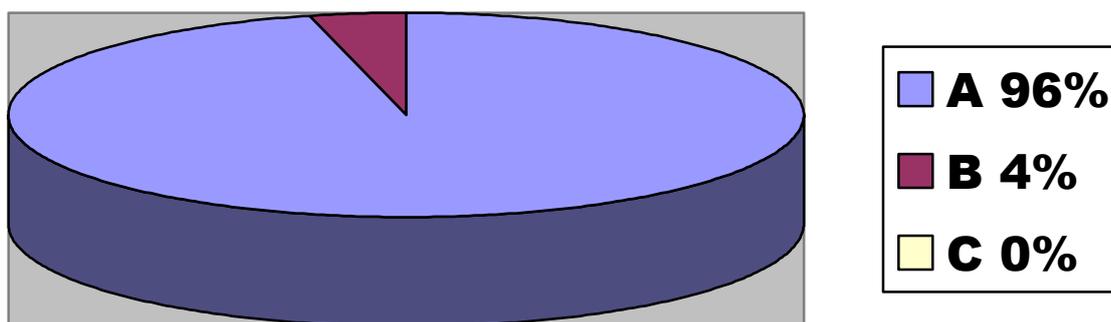
Figura 6. Rappresentazione della percezione infermieristica su quale figura trae maggior beneficio dall'applicazione del protocollo ERAS.



La sesta domanda chiede al personale infermieristico di specificare in quale disciplina chirurgica il protocollo ERAS trova la sua maggiore applicazione. (Fig.7)

- 51 (96%) infermieri rispondono a favore della chirurgia dell'apparato digerente.
- 2 (4%) infermieri ritengono sia la cardiocirurgia
- 0 (0%) infermieri rispondono a favore della chirurgia ortopedica.

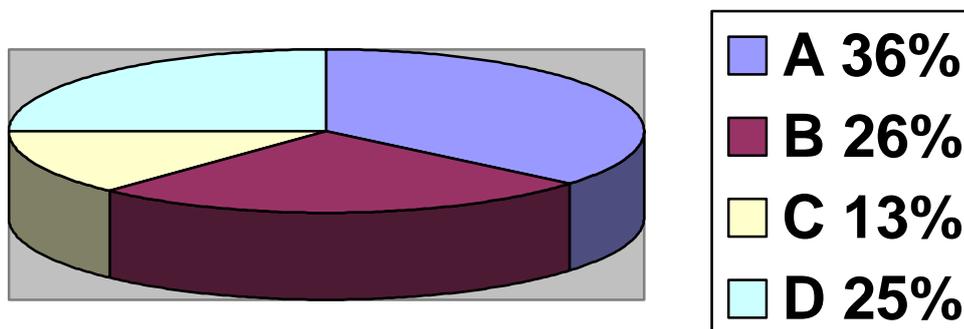
Figura 7. Rappresentazione grafica delle risposte del campione riguardo in quale disciplina chirurgica il protocollo ERAS trova la sua maggiore applicazione .



Con la settima domanda si chiede al personale infermieristico di dare una definizione al concetto di Bedside Group Care. (Fig.8):

- 19 (36%) infermieri ritengono sia un'equipe multidisciplinare di esperti in ERAS
- 14 (26%) infermieri ritengono sia una banca dati internazionale di infermieri affiliati ed interessati ad ERAS
- 7 (13%) infermieri ritengono sia una banca dati internazionale di linee guida ERAS.
- 13 (25%) infermieri ritengono sia un'equipe multidisciplinare di esperti in processi organizzativi ERAS

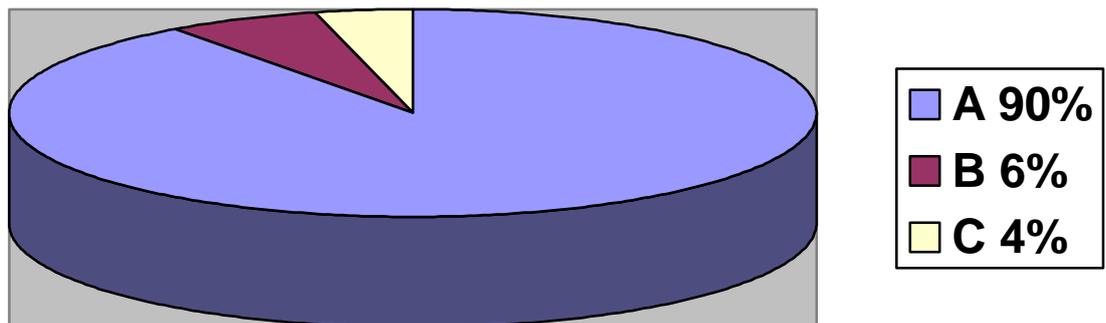
Figura 8. Rappresentazione grafica sulla definizione del concetto Bedside Group Care dal campione .



Nell'ottavo quesito si richiede al campione di esprimere se ritenga sia una variabile necessaria, una dotazione organica infermieristica adeguata, per la riuscita del protocollo nel percorso clinico del paziente.

- 48 (90%) infermieri rispondono affermativamente.
- 3 (6%) infermieri rispondono negativamente.
- 2 (4%) infermieri ritengono sia ininfluenta.

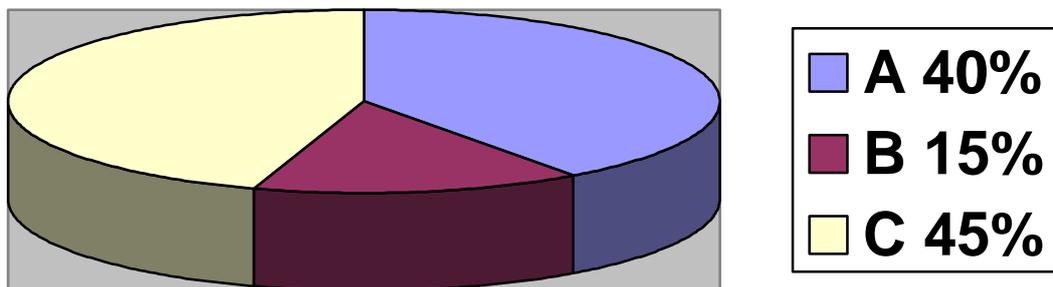
Figura 9. Rappresentazione grafica delle risposte date dal campione al quesito numero otto.



Di seguito si indaga se gli infermieri siano a conoscenza di quale sia la fase del percorso chirurgico evidenziata dalla letteratura scientifica, come la fase nella quale si incontra migliore compliance del paziente correlata alla dotazione organica infermieristica ottimale. (Fig.10)

- 21 (40%) infermieri ritengono sia la fase pre operatoria
- 8 (15%) infermieri ritengono sia la fase intraoperatoria
- 24 (45%) infermieri ritengono sia la fase post operatoria.

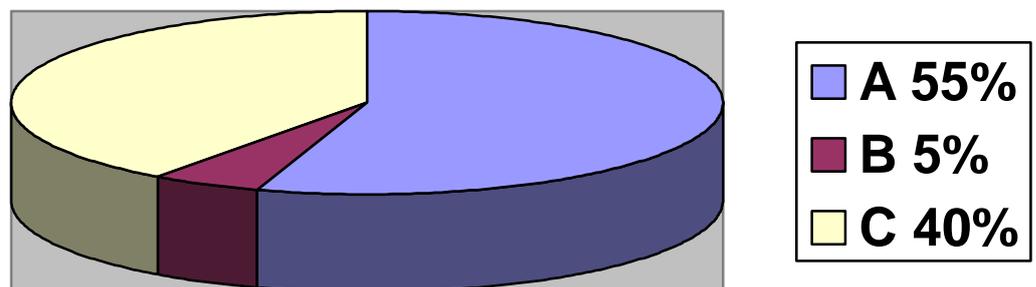
Figura 10. Rappresentazione grafica della percezione del campione su quale sia la fase del percorso chirurgico evidenziata dalla letteratura scientifica come la fase nella quale si incontra maggiore compliance da parte del paziente



Nel quesito numero dieci si chiede al personale infermieristico se ritiene ci sia una correlazione diretta tra l'adesione al protocollo del paziente ERAS, ed il carico di lavoro infermieristico.(Fig.11)

- 29 (55%) infermeri rispondono sì
- 3 (5%) infermieri rispondono no
- 21 (40%) infermieri rispondono non so.

Figura 11. Rappresentazione grafica sulla correlazione diretta tra l'adesione del paziente ERAS al protocollo ed il carico di lavoro infermieristico.

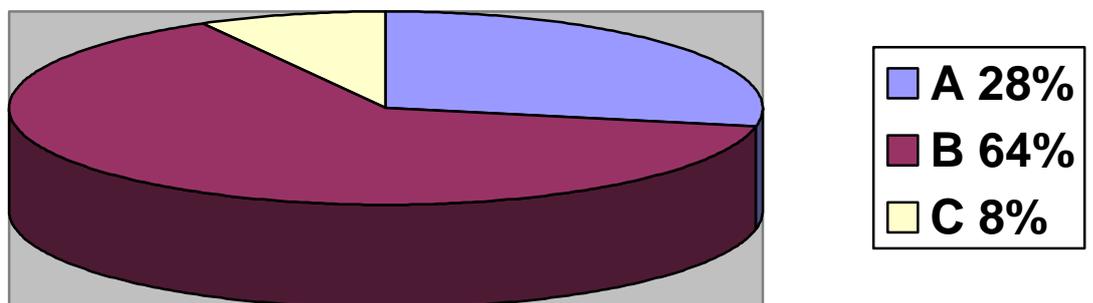


La domanda undici chiede al personale infermieristico di esprimere un giudizio sulla natura della correlazione tra l'adesione del paziente al protocollo ERAS ed il carico di lavoro infermieristico.

Il campione si esprime nel seguente modo (Fig.12):

- 15 (28%) infermieri rispondono che sia direttamente proporzionale (maggiore è l'adesione al protocollo, maggiore è il carico di lavoro infermieristico).
- 34 (64%) infermieri rispondono sia inversamente proporzionale (maggiore è l'adesione al protocollo, minore è il carico di lavoro infermieristico).
- 4 (8%) infermieri rispondono che sia irrilevante.

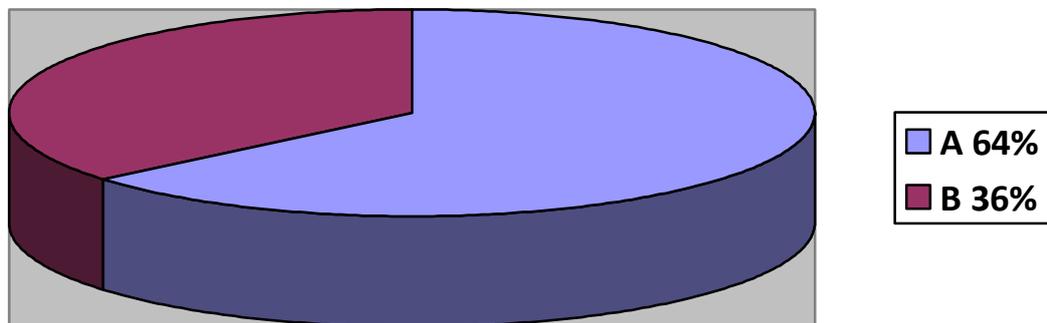
Figura 12. Il campione si esprime sulla correlazione tra l'adesione del paziente al protocollo ERAS ed il carico di lavoro infermieristico.



Nella domanda numero dodici si chiede al campione se ritiene di aver ricevuto un'adeguata formazione/informazione in materia di ERAS dalla propria Azienda. (Fig. 13).

- 34(64%) infermieri rispondono negativamente
- 19 (36%) infermieri rispondono affermativamente.

Figura 13. Rappresentazione grafica sulla percezione della formazione/informazione ricevuta dalla propria Azienda in materia di ERAS.



DISCUSSIONE

Lo studio effettuato indaga le conoscenze teorico-pratiche del personale infermieristico nelle unità organizzative facenti parte dell'area chirurgica, nei presidi ospedalieri di Ascoli Piceno (G. Mazzoni) e San Benedetto del Tronto (Madonna del Soccoroso) dell'Area Vasta 5, in merito al protocollo Enhanced Recovery After Surgery (ERAS).

Il questionario è stato realizzato basando la scelta delle domande su argomenti specifici inerenti il protocollo ERAS, allo scopo di evidenziare ed indagare la conoscenza e l'applicazione di suddetto protocollo nell'Area Vasta 5.

In prima analisi si è preso in esame il setting infermieristico, che ha evidenziato una prevalenza della componente femminile su quella maschile, ma in particolar modo mette in risalto la formazione professionale. Solo una ristretta percentuale possiede una qualifica superiore a diploma, sia esso professionale o universistario.

Le aree di indagine riguardano la conoscenza del personale infermieristico in merito al protocollo ERAS, alla loro formazione personale e alle considerazioni correlate a quest'ultimo.

Molti degli operatori conoscono il protocollo ERAS, seppure una piccola percentuale è ancora molto confusa, ma la conoscenza di un argomento spesso non implica la sua effettiva applicazione.

La maggior parte degli operatori, pari al 59% del campione affermano che il protocollo ERAS viene applicato nella loro Unità Operativa di appartenenza, anche se alcuni operatori, facenti parte della stessa U.O. ritengono che il protocollo ERAS non venga applicato.

Si ritiene che questo aspetto sia piuttosto interessante, in quanto buona parte degli operatori affermando il contrario da quanto riferito dalla maggioranza del campione, rafforzano l'ipotesi che nelle Unità Operative facenti parte dell'area chirurgica dell'Area Vasta 5, gli operatori non sono stati adeguatamente formati in materia di ERAS.

Nel quesito nel quale si richiede agli operatori di definire il protocollo ERAS, si evidenzia una non conoscenza, o almeno una conoscenza non soddisfacente dell'argomento.

E' per questo motivo per cui nel questionario si indaga sull'esistenza e l'utilizzo del protocollo ERAS nelle U.O. dell'area chirurgica dell'Area Vasta 5.

Si ritiene che la non consapevolezza da parte del personale infermieristico dell'esistenza di tale protocollo e di conseguenza di tutti i benefici che porta al percorso peri operatorio, rappresenti la carenza della formazione, ma allo stesso tempo un difetto di informazione da parte dell'Azienda.

Alcune aziende sanitarie francesi che applicano il protocollo ERAS, dimostrano che l'implementazione del suddetto protocollo porta benefici sia al paziente che all'organizzazione sanitaria riducendo eventuali complicanze.

Uno studio francese al quale ha collaborato anche il Laboratorio di Oncologia Translazionale dell'Università di Genova ha indagato la soddisfazione di pazienti sottoposti a procedure chirurgiche mininvasive per problematiche oncologiche trattate in strutture che utilizzano il protocollo ERAS – Enhanced Recovery After Surgery

Questo protocollo è noto per favorire una dimissione più rapida senza incidere sul tasso di riammissione ospedaliera: lo scopo dello studio era capire se piacesse ai pazienti.

Lo strumento scelto è stato il questionario EVAN-G, composto da 24 domande basate su 6 temi: attenzione, privacy, informazione, dolore, scomodità, tempi d'attesa.

Ognuno di questi elementi può avere una valutazione da 0 a 5, poi tradotta in una scala da 0 a 100. Lo studio è stato condotto presso il Paoli-Calmettes Institute di Marsiglia.

Su un campione di 92 pazienti, il 90% si è detto soddisfatto di come è stato trattato in ospedale, comprese alcune donne che hanno avuto complicanze postoperatorie e hanno dovuto rimanere in ospedale più a lungo.

Questi risultati confermano la bontà del Protocollo ERAS e suggeriscono che venga implementato in più strutture ospedaliere possibili. (FONTE: (Ferraioli D, Pouliquen C, Jauffret C, et al. EVAN-G score in patients undergoing minimally invasive gynecology oncologic surgery in an Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) program [published online ahead of print, 2020 Jun 16]. Int J Gynecol Cancer. 2020;ijgc-2019-001173).

Tutto ciò dimostra come cominciare ad implementare il protocollo ERAS nell'Azienda presa in studio, possa migliorare in molteplici aspetti il percorso peri operatorio, visto sia dalla parte dei pazienti, che quella del personale ed infine dell'Azienda stessa.

Il questionario dedica alcune domande alla formazione erogata dall'azienda, al personale infermieristico, in merito di ERAS.

Risulta una considerevole percentuale del campione che dichiara di non aver ricevuto formazione/informazione sull'argomento.

Le carenze formative, evidenziate dai risultati dello studio, indicano che gli infermieri non posseggono la giusta conoscenza del protocollo.

LIMITI DELLO STUDIO

Il principale limite dello studio è costituito dalla dimensione ridotta del campione, poichè pur avendo coinvolto tutte le unità operative di area chirurgica (chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, blocco operatorio) dell'Area Vasta 5, due di queste unità operative non hanno aderito alla somministrazione del questionario.

CONCLUSIONI

Lo studio effettuato è stato un'occasione per poter indagare meglio le dinamiche all'interno delle U.O. facenti parte dell'area chirurgica dell'Area Vasta 5, rispetto alla conoscenza ed alla applicazione del protocollo ERAS.

L'interesse per questo tema specifico è nato dalle numerose lezioni in facoltà dedicate al protocollo ERAS e alle conoscenze ricevute da quest'ultime, le quali non hanno trovato applicazione durante l'esperienza avuta in tirocinio clinico, in alcuni reparti chirurgici .

Da qui è nata la curiosità di voler indagare su questo problema, per conoscerne la dimensione e misurarne la percezione da parte del personale infermieristico.

La realizzazione di questa indagine effettuata nell'Area Vasta 5 , ha evidenziato una organizzazione estremamente variabile tra i vari reparti chirurgici scelti come campione iniziale dello studio.

Vi sono stati reparti che hanno accolto di buon grado il lavoro di ricerca , rendendosi molto disponibili nella compilazione, manifestando interesse e curiosità rispetto ai risultati. Altri reparti non hanno consentito, negando l'autorizzazione dalla somministrazione del questionario, di raccogliere i dati necessari per la ricerca.

Questo atteggiamento, dimostrato dalla diversità di orientamento dei reparti chirurgici della stessa Area Vasta , il quale dovrebbe essere unico , potrebbe indicare una predisposizione nel mettersi in gioco di fronte a proposte di cambiamento, in altri, essere indicatore di un momento di stanchezza mentale nel credere ad un qualcosa che deve cambiare ormai da troppo tempo.

Il risultato lampante del lavoro di tesi è una generale inconsapevolezza e confusione sull'argomento ERAS da parte del personale infermieristico. Questo dato ci permette di fare alcune considerazioni rilevanti.

Formare una squadra composta da tutti i professionisti coinvolti nell'intero viaggio del paziente, è la chiave per un'implementazione di successo.

La formazione della squadra, tuttavia, richiede molto tempo e molto impegno: è necessario, ad esempio, identificare dei facilitatori locali per ogni figura professionale coinvolta, identificare un team-leader che ha la responsabilità di governare il processo di cambiamento e, soprattutto, identificare un infermiere che svolga la funzione di case-manager, ovvero che abbracci il paziente in tutto il suo nuovo percorso dell'intervento chirurgico.

Il prezzo da pagare come in tutte le cose esiste, ed in particolare consiste in un impegno intenso e continuo di risorse umane ed economiche che coinvolge diverse figure professionali, in particolare il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere ma anche ad esempio il nutrizionista, il fisioterapista, lo psicologo, e, soprattutto, il paziente che deve essere informato e convinto dell'importanza di ciò che gli viene proposto.

Un'altra considerazione da fare è che questa mancata consapevolezza può essere imputata ad una carenza di conoscenze e quindi di formazione dei professionisti: ignorare i singoli aspetti del protocollo ERAS e non essere correttamente informati dei suoi benefici, non permette al singolo infermiere di percepirne i reali effetti nella quotidianità lavorativa. Si può ipotizzare che l'istituzione di maggiori eventi formativi annui sull'argomento, possa dare un contributo al cambiamento e alla maggiore conoscenza ed infine all'applicazione del protocollo nell'Area Vasta 5.

Secondo un recente comunicato della Società Italiana di Chirurgia: "...Sebbene il programma sia fondato su solide basi scientifiche e avvalorato da i più alti livelli di Evidence Based Medicine (Trial Clinici e metanalisi) la sua diffusione in Italia è stata molto lenta e la sua adozione tuttora stenta ad affermarsi." In base a quanto sopra riportato, appaiono chiare alcune evidenze:

1) per quanto ogni protocollo ERAS sia supportato da una cospicua mole di evidenza scientifica sviluppata nel corso degli ultimi 20 anni, la sua diffusione in Italia è ancora molto lenta: una degenza postoperatoria mediana nazionale di 8 giorni dopo resezione colica nel 2016 lo testimonia ampiamente;

2) la ragione di tale fenomeno risiede nella atavica difficoltà/resistenza nella induzione di un drastico cambiamento nelle abitudini cliniche radicate nel tempo: il processo di implementazione di un programma ERAS è lento perchè deve indurre dapprima un profondo cambiamento culturale, quindi deve essere ampiamente condiviso e supportato a livello multidisciplinare, e, infine, deve essere continuamente monitorizzato e aggiustato in base alle risorse e alle esigenze cliniche locali.

Diverse esperienze oramai hanno dimostrato che la strada da seguire è questa e che ne vale la pena anche se, come sempre, i cambiamenti richiedono impegno e tempo.

BIBLIOGRAFIA

U.O. Gustafsson M. J. Scott W. Schwenk N. Demartines D. Roulin N. Francis C. E. McNaught J. MacFie A.S. Liberman M. Soop A. Hill R. H. Kennedy D. N. Lobo K C H. Fearon, O Ljungvist, *Guidelines for Perioperative Care in Elective Colonic Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS)*, Society Recommendations, World Journal of Surgery February 2013, Volume 37, Issue 2 pp 259-284

Sammour T, Zargar – Shoshtari K, Kahokehr A, Hill AG, *A programme of Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) is a cost-effective intervention in elective colonic surgery*. NZ Med J. 2010 jul 30; 123 (1319). 61-70

Fearon KC, Ljungqvist O, Von Meyenfeldt M, Revhaug A et al, *Enhanced Recovery After Surgery: a consensus review of clinical care for patients undergoing colonic resection*. Clin Nutr. 2005 Jun; 24(3): 466-77

Reuring JC, Spanjersberg Wr, Oostvogel Hl, Buskens E, Maring J, et al., *A prospective cohort study to investigate cost-minimisation, of traditional open, open fast track recovery and laparoscopic fast track multimodal management, for surgical patients with colon carcinomas (TAPAS Study)*. BMC Surg. 2010 Jun 14; 10:18

Lv L, Shao YF, Zhou Yb, *The enhanced recovery after surgery (ERAS) pathway for patients undergoing colorectal surgery: an update of meta-analysis of randomized controlled trials*. Int j Colorectal Dis. 2012 Dec; 27(12): 1549-54

Arends J Bachman P Baracos V et al, *ESPEN guidelines on nutrition in cancer patient, Recommendations*, chapter C, C1 – nov 2016

Carli F, *Physiologic considerations of Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) programs: implications of the stress response*. Can J Anaesth 2015; 62: 110-9

SITOGRAFIA

http://www.attidellaaccademialancisiana.it/uploads/allegati_articolo/Crucitti%20Mele%203201718.pdf (ultimo accesso settembre 2020)

https://www.pacinimedicina.it/wp-content/uploads/ADI_1_18_w.pdf (ultimo accesso Settembre 2020)

www.medicalsystems.it (ultimo accesso Ottobre 2020)

<https://siceitalia.com/wp-content/uploads/2019/03/protocollo.pdf>(ultimo accesso Ottobre 2020)

<http://perioperativeitaliansociety.org/> (ultimo accesso Novembre 2020)

www.pubmed.org (ultimo accesso Novembre 2020)

ALLEGATI

Questionario :

*Il presente questionario, rivolto agli infermieri nelle specifiche qualifiche, è stato redatto per raccogliere dati relativi alla **Enhanced Recovery After Surgery (ERAS)** nelle unità operatorie dell'Area Vasta 5. I risultati dell'indagine saranno oggetto di uno studio, per una Tesi di Laurea in Infermieristica, che avrà l'obiettivo di evidenziare le problematiche attuali e valutare eventuali esigenze formative.*

Il questionario è in forma anonima e non prevede risposte multiple.

Si richiede la Sua cortese collaborazione nel compilarlo.

Età _____

Sesso: M F

Formazione professionale:

Diploma regionale Diploma universitario Laurea I° livello

Laurea II° livello Master I° livello Master II° livello

Stabilimento Ospedaliero AV5 _____ Anni di servizio in area chirurgica _____

1. Nella sua unità Operativa il protocollo ERAS:

- a. Non viene applicato
- b. È in fase di implementazione
- c. Viene applicato

2. Se esiste, quali sono le figure professionali maggiormente coinvolte nell'applicazione)

- a. L'equipe multidisciplinare: chirurghi, anestesisti, assistente sanitaria, dietisti, fisioterapisti
- b. L'equipe multidisciplinare: chirurghi, anestesisti, infermieri, dietisti, fisioterapisti.
- c. L'equipe multidisciplinare: chirurghi, psichiatra, infermieri, dietisti, fisioterapisti.
- d. L'equipe multidisciplinare: chirurghi, anestesisti, infermieri, radiologo, fisioterapisti.

3. Se lei dovesse definire l'ERAS, direbbe che:

- a. È un programma di trattamento basato sulla migliore scienza medica disponibile
- b. È una società medica senza scopo di lucro con esperti internazionali in chirurgia, anestesia, infermieristica e altri professionisti sanitari
- c. È una società che redige, pubblica ed aggiorna le linee guida per la migliore cura in specifici interventi chirurgici
- d. Tutte le precedenti

4. Lei ritiene che il protocollo ERAS sia correlato:

- a. Alle complicanze che possono insorgere nel percorso chirurgico del paziente
- b. Alla possibilità che un paziente subisca un danno durante un intervento chirurgico
- c. Ai rischi intrinseci dell'intervento chirurgico, fase intraoperatoria
- d. Al miglior risultato chirurgico.

5. A suo parere, chi trae maggior beneficio dall'applicazione del protocollo ERAS:

- a. L'equipe multidisciplinare
- b. Il paziente ed i suoi familiari
- c. La struttura sanitaria
- d. Tutte le precedenti

6. Il protocollo ERAS trova la sua applicazione prioritariamente nella disciplina chirurgica:

- a. Dell'apparato digerente
- b. Della cardiocirurgia
- c. Della chirurgia ortopedica

7. Il Bedside Care Group è:

- a. Un'equipe multidisciplinare di esperti in ERAS
- b. Una banca dati internazionale di infermieri affiliati ed interessati ad ERAS
- c. Una banca dati internazionale di linee guida ERAS
- d. Un'equipe multidisciplinare di esperti in processi organizzativi ERAS

- 8. Lei ritiene che una dotazione organica infermieristica adeguata sia una variabile necessaria per la riuscita del protocollo nel percorso clinico del paziente ?**
- a. Sì
 - b. No
 - c. È influente
- 9. La letteratura scientifica evidenzia una migliore compliance del paziente correlata alla dotazione organica infermieristica ottimale; in quale fase del percorso chirurgico si evidenzia?**
- a. Fase pre operatoria
 - b. Fase intraoperatoria
 - c. Fase post operatoria
- 10. Lei ritiene che ci sia una correlazione diretta tra l'adesione al protocollo del paziente ERAS al carico di lavoro infermieristico?**
- a. Sì
 - b. No
 - c. Non so
- 11. La correlazione tra l'adesione del paziente al protocollo ERAS ed il carico di lavoro infermieristico è:**
- a. Direttamente proporzionale (maggiore è l'adesione al protocollo, maggiore è il carico di lavoro infermieristico)
 - b. Inversamente proporzionale (maggiore è l'adesione al protocollo, minore è il carico di lavoro infermieristico)
 - c. Irrilevante
- 12. Lei ritiene di aver ricevuto un'adeguata formazione/informazione in materia di ERAS da parte della Sua Azienda?**
- a. No
 - b. Sì

Grazie per la collaborazione !

RINGRAZIAMENTI

Arrivata alla fine di questo percorso avrei il piacere di dire “grazie” ad alcune persone, senza le quali non sarei qui oggi.

Ringrazio di cuore la mia famiglia che mi ha supportata e sopportata in ogni mio percorso di vita, in ogni avventura nella quale mi sono buttata.

Ringrazio mia madre, la mia sostenitrice numero uno, per aver creduto in me sempre, anche quando io stessa dubitavo delle mie capacità, anche quando avrei voluto mollare tutto, lei c'è sempre stata, mi ha abbracciata e coccolata ogni volta che mi sentivo giù e mi ha aiutata a rialzarmi sempre più forte di prima, nonostante tutto, nonostante tutti. Grazie mamma.

Ringrazio mio padre, il mio miglior amico, la mia guida, per la fiducia che mia ha sempre dato, per avermi capita in ogni scelta, per avermi spronato a dare sempre il meglio e per avermi donato amore incondizionato da sempre. Un solo grazie non basterebbe per ripagare tutto, ma io ci provo comunque. Grazie papà.

Ringrazio Sindi, la mia sorellina, la mia ancora, il mio angelo custode, per tutte le notti insonni trascorse assieme intente a preparare gli esami, per tutte quelle volte che è stata premurosa nei miei confronti, per avermi fatta ridere di cuore anche quando ero sotto stress. Senza di te non starei qui a scrivere i ringraziamenti. Grazie motra.

Ringrazio la professoressa Amelia Falleroni, mia relatrice e guida, che con attenzione ha supportato il mio lavoro.

Ringrazio le mie amiche di sempre, quelle che ci sono da una vita. Kevisa, Melissa e Eglà, le quali anche se lontane mi hanno fatta sentire sempre a casa. Grazie per tutte le risate e per tutte le volte che avete dovuto sopportare i miei sbalzi d'umore. Vi voglio bene, grazie.

Un grazie va anche ai miei nonni, i miei esempi di vita, che non ci sono più, per ogni consiglio e augurio fattomi, sperando che siano fieri di me.

Infine vorrei ringraziare tutte le persone meravigliose che ho incontrato in questi tre anni, gli infermieri che mi hanno insegnato ad amare questa professione, i medici, i miei colleghi e tutti i pazienti che mi hanno insegnato sempre qualcosa di nuovo, condividendo con me qualcosa della loro vita.

Grazie di cuore a tutti. *Faleminderit!*

Daniela