

*UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA*

*Scuola di Medicina e Chirurgia*

*Dipartimento di Medicina*

*Corso di laurea in Infermieristica*

***Tesi di Laurea***

***Tipologia Applicativa-Sperimentale***

**Il ruolo dell'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale  
nell' UOSD di Chirurgia Bariatrica dell'Azienda Ospedale-Università di  
Padova.**

*Relatore: Prof.ssa Milanetto Anna Caterina*

*Correlatore: Dott.ssa Barison Mariagrazia*

*Laureanda: Ingargiola Giorgia Maria*

*Matricola n°: 2011321*

*Anno Accademico 2022/2023*



## ABSTRACT

---

**Problema:** Oggigiorno l'obesità è un problema di grave entità, ciò lo si può confermare da un aumento notevole dei dati raccolti sulla popolazione mondiale e locale. L'obesità colpisce il 10% della popolazione mondiale mentre in Italia si assiste ad un tasso del 15,3%.

Un paziente obeso che si sottopone a chirurgia bariatrica implica un percorso assistenziale, di degenza, manageriale ed organizzativo molto particolare dato che deve intraprendere un piano personalizzato e mirato in base alle singole patologie e criticità. Vi è dunque la necessità di una figura che possa coordinare, organizzare, supportare e gestire passo passo tutte le fasi del processo diagnostico, terapeutico ed assistenziale del paziente bariatrico candidato a chirurgia dell'obesità.

**Scopo:** Partendo da una indagine ed analisi dei vissuti dei pazienti riguardo al percorso bariatrico affrontato, lo scopo dello studio è comprendere se il ruolo dell'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale può migliorare e apportare benefici nei vari step del processo al dimagrimento con la chirurgia. Dunque, si riflette sulla possibile introduzione definitiva di tale figura oltre che nell'UOSD di Chirurgia Bariatrica dell'Azienda Ospedale-Università di Padova anche in altri contesti.

**Disegno dello studio:** Lo studio condotto è di tipo applicativo-sperimentale, sono stati somministrati due questionari a due gruppi differenti di pazienti che si sono sottoposti a Chirurgia Bariatrica; uno dei due gruppi è stato affiancato dall'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale e l'altro no.

Il fine dello studio è effettuare un'attenta analisi sul grado di soddisfazione dei pazienti e capire eventuali mancanze o insoddisfazioni modificabili nel percorso di entrambi i gruppi presi in considerazione. Si intende mettere a confronto le tempistiche, i risultati ottenuti e la facilità organizzativa nel corso dei vari passaggi, per capire se l'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale può avere un ruolo facilitatore.

**Campione:** Il campione è costituito da due gruppi di 15 pazienti cadauno con età compresa tra 18 e 65 anni, tutti in cura presso la Chirurgia Bariatrica dell'Azienda Ospedale-Università di Padova.

Tutti i soggetti presi in esame presentano diagnosi clinica di obesità che può essere associata o correlata a patologie o pluripatologie, motivo principale della candidatura alla chirurgia dell'obesità.

I pazienti arruolati, dunque, sono stati selezionati in maniera randomizzata grazie all'ausilio degli operatori e della coordinatrice del Servizio Ambulatoriale dell'Ospedale Giustiniano dell'Azienda Ospedale-Università di Padova.

**Metodi e strumenti:** Durante il periodo che va da giugno 2023 a luglio 2023 si propone ai soggetti selezionati la compilazione di due questionari di gradimento, validati dall'URP dell'Azienda Ospedale-Università di Padova per valutare il grado di soddisfazione dei pazienti rispetto alla qualità assistenziale erogata. Si utilizza la metodologia di autosomministrazione.

**Risultati:** Viene fatta una valutazione complessiva riguardo l'efficienza del ruolo dell'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale e la sua potenziale utilità nel percorso del paziente verso la chirurgia bariatrica.

**Conclusioni:** Lo studio effettuato è a supporto della tesi sostenuta, poiché i dati confermano che il grado di soddisfacimento è maggiore nel campione di pazienti che hanno avuto nel loro percorso l'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale.

**Parole chiave:** coordinating nurse of outpatient – path, bariatric nurse, obesity, bariatric patient, bariatric nursing coordinator, bariatric nursing care, bariatric intensive care, satisfaction survey.



## INDICE

---

<b>INTRODUZIONE</b>	pag. 3
<b>QUADRO TEORICO:</b>	
• <b>L' obesità:</b>	
○ Definizione, epidemiologia ed eziologia multifattoriale	pag. 5
○ Fattori correlati all' obesità	pag. 9
○ Trattamenti dell' obesità	pag. 12
• <b>Il ruolo dell'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale bariatrico e la sua funzione nel Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per il paziente obeso:</b>	
○ Il ruolo dell'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale bariatrico	pag. 19
○ La figura dell'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale bariatrico nella prima fase del PDTA del paziente obeso	pag. 22
<b>CAPITOLO 1: Presentazione del problema e scopo dello studio</b>	
1.1 Sintesi degli elementi fondamentali e dichiarazione del problema	pag. 29
1.2 Quesiti di ricerca	pag. 29
1.3 Importanza dello studio per la professione infermieristica, per l'equipe multidisciplinare e per i pazienti	pag. 30
1.4 Scopo dello studio	pag. 31
<b>CAPITOLO 2: Materiali e metodologia dello studio</b>	
2.1 Disegno di ricerca	pag. 33
2.2 Campione e setting	pag. 33
2.3 Strumenti di rilevazione, modalità e raccolta dati	pag. 34
2.4 Affidabilità ed analisi dei dati	pag. 35

<b>CAPITOLO 3: Risultati</b>	pag. 39
<b>CAPITOLO 4: Discussione</b>	pag. 49
<b>CAPITOLO 5: Conclusioni</b>	pag. 57
<b>BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA</b>	pag. 59
<b>ALLEGATI</b>	pag. 63

## INTRODUZIONE

---

Nella stesura di questo progetto di tesi si andrà ad analizzare e valutare il ruolo della figura dell'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale bariatrico all'interno di un'unità operativa specialistica chirurgica. Si procederà mediante uno studio applicativo-sperimentale e dunque un'indagine, una valutazione ed una sperimentazione controllata.

L'obesità, nei pazienti che ne sono affetti, incide sugli aspetti psicologici, emotivi, comportamentali e di personalità, oltre che fisici. Questa patologia, pertanto, provoca gravi conseguenze sulla salute dei soggetti che ne sono affetti e una ridotta aspettativa di vita.

Il motivo principale che spinge a fare una ricerca sul ruolo dell'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale bariatrico è legato al fatto che questa figura si ritrova in diversi contesti principalmente esteri ed è valorizzata e ritenuta di fondamentale importanza, ma purtroppo non ancora del tutto presente in Italia. La volontà di intraprendere tale argomento di tesi e condurne uno studio emerge inoltre da un'esperienza personale come paziente bariatrica che si incrocia con il percorso di studi in infermieristica. Questi due aspetti osservati da due prospettive differenti mi hanno portato a cogliere l'estrema importanza dell'assistenza al paziente obeso poiché quest'ultimo presenta peculiarità e necessità fisiche, psicologiche e comportamentali notevolmente differenti rispetto ad altri pazienti. Il vissuto personale mi porta a riflettere inevitabilmente sulla prospettiva del paziente riguardo a come vive l'idea di affrontare un percorso bariatrico e sulla volontà, che si palesa spesso, nell'essere affiancati da una persona esperta che lo supporti, incoraggi e accompagni durante tutto il cammino.

Nonostante l'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale attualmente non sia una figura molto conosciuta e diffusa nei contesti locali, è stato preso come spunto per il lavoro di tesi e per lo studio essendo una figura che riveste questo compito in via di sperimentazione presso l'UOSD di Chirurgia bariatrica dell'Azienda Ospedale-Università di Padova.

Lo studio è stato effettuato ponendo a confronto due campioni random di pazienti che hanno affrontato il percorso chirurgico; un gruppo di pazienti sono stati affiancati da



un infermiere coordinatore di percorso e l'altro gruppo no. Ai due gruppi è stato presentato un questionario di soddisfazione diverso, chiedendo però ad entrambi un parere sull'aspetto organizzativo, relazionale, di supporto e sul coordinamento del programma che si è vissuto.

Il questionario porterà a capire se i pazienti che non hanno ricevuto l'affiancamento dell'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale ne avrebbero avuto il bisogno; per quanto riguarda il gruppo dei pazienti che sono stati affiancati, il questionario permetterà di capire se questo è stato utile, il loro grado di soddisfazione e possibili migliorie da apportare.

## QUADRO TEORICO

---

### L' Obesità

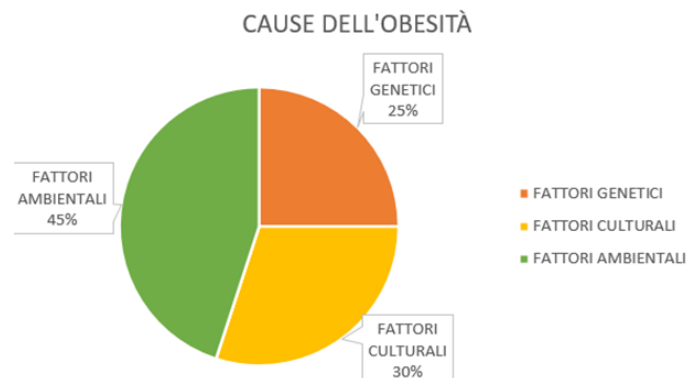
○ Definizione, epidemiologia ed eziologia multifattoriale

L'obesità è definita come una condizione di anormale o eccessivo accumulo di grasso che vede un incremento ponderale che porta ad una compromissione dello stato di salute.

Oggigiorno si tende a definire l'obesità non più solamente come una condizione, bensì come una vera e propria malattia, poiché derivante da alterazioni organiche o funzionali che interferiscono con la salute. (ISS, 2022)

L'obesità è una vera e propria malattia metabolica dovuta a uno squilibrio tra apporto e consumo energetico. Questa ha origini da cause genetiche, biologiche e disfunzionale. (Humanitas, s.d.)

**figura 1:** Grafico raffigurante le cause dell'obesità in percentuale.

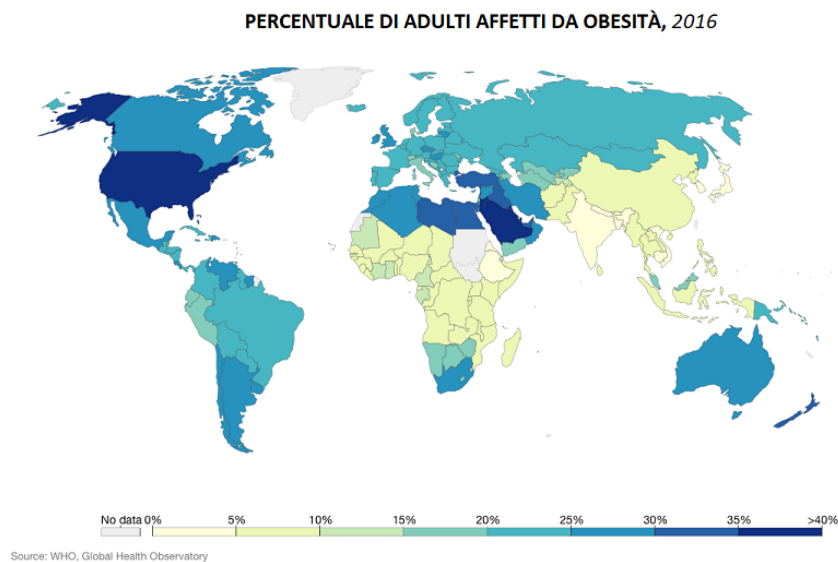


Nell'insorgere dell'obesità svolgono un ruolo fondamentale lo stile di vita, in particolare la sedentarietà, l'alimentazione, la quantità e la qualità del sonno notturno. Questa si manifesta con maggiore facilità in ambienti e contesti con la presenza di fattori socioculturali sfavorevoli.

Fino a qualche tempo fa, l'obesità era considerata una condizione dei Paesi industrializzati legata a un elevato tenore socioeconomico, ma, negli ultimi vent'anni, l'obesità è drammaticamente aumentata nei Paesi in via di sviluppo, come Messico, Cina e Thailandia, al punto da spingere nel 1997 l'OMS a riconoscere ufficialmente la natura epidemica globale dell'obesità. Inizialmente, le persone colpite nei Paesi in via

di sviluppo erano quelle più ricche, ma la prevalenza poi si è spostata sulle classi più povere. (Spinelli A., 2022)

**figura 2:** Grafico della World Health Organization, 2016, raffigurante la percentuale di adulti obesi in relazione al BMI.



Inoltre, come si tende a pensare, l'obesità non è esclusivamente la conseguenza di un errato stile di vita, di abbuffate continue o patologiche, ma una malattia da curare poiché invalidante, che compromette la qualità della vita.

Inevitabilmente, le cause cardine dell'obesità sono: l'elevata presenza di tessuto adiposo, ovvero un aumento del volume (obesità ipertrofica) e/o un aumento del numero (obesità iperplastica) degli adipociti, e l'aumento ponderale dovuto ad uno squilibrio tra apporto e spesa di energie, quindi un'alimentazione ipercalorica associata a mancata attività fisica e vulnerabilità biologica, psicologica e sociale.

Altre cause riguardo l'insorgenza dell'obesità possono essere squilibri ormonali dovuti a scarsità di sonno, ma anche assunzione di determinati farmaci quali antidepressivi, antiepilettici, antipsicotici, farmaci per il diabete, steroidi e beta-bloccanti.

Le malattie endocrine quali ipotiroidismo, sindrome di Cushing, la Sindrome dell'ovaio policistico o l'insulinoma sono state associate ad incremento ponderale e probabile sovrappeso o obesità. Le malattie genetiche in cui è comune l'obesità invece sono presenti alla nascita come Sindrome di Prader-Willi, la Sindrome di Laurence-

Moon-Biedl, la Sindrome di Alstrom, la Sindrome di Down e la Sindrome di Wolfram. (Papa G. , 2023)

L'obesità viene classificata e distinta grazie all'indice di massa corporea (BMI, Body Mass Index), che consiste nel rapporto tra il peso (kg) e il quadrato dell'altezza (m<sup>2</sup>). L'OMS basandosi sul BMI ha stabilito una classificazione all'obesità; i valori di BMI fino a 25 sono considerati normali, valori compresi tra 25 e 29,9 indicano i soggetti in sovrappeso e valori superiori a 30 sono diagnostici di obesità. (JQ., 2023)

**figura 3:** Tabella con valori relativi all'indice di massa corporea (BMI) con classificazione per grado.

<b><u>VALORI BMI</u></b>	
BMI <18,5 Kg/m <sup>2</sup>	Sottopeso
BMI 18,5 – 24,9 Kg/m <sup>2</sup>	Normopeso
BMI 25 – 29,9 Kg/m <sup>2</sup>	Sovrappeso
<b>BMI 30 – 34,9 Kg/m<sup>2</sup></b>	<b>OBESITÀ 1° GRADO</b>
<b>BMI 34,9 – 39,9 Kg/m<sup>2</sup></b>	<b>OBESITÀ 2° GRADO</b>
<b>BMI &gt;40 Kg/m<sup>2</sup></b>	<b>OBESITÀ 3° GRADO</b>

La classificazione dell'obesità tramite il BMI, però, non è l'unico metodo per la rilevazione del grasso corporeo in un soggetto e altre metodiche utilizzate sono:

- **La misurazione della massa grassa** e della sua **distribuzione tra grasso sottocutaneo e viscerale**, dove la massa grassa rappresenta un indicatore della valutazione nutrizionale, dal momento che il tessuto adiposo costituisce la maggior riserva energetica;
- **La misurazione della massa magra**, che indica la quantità di acqua e di proteine;
- **La misurazione della massa ossea**, che indica la quantità di calcio e dei depositi minerali;
- **La plicometria cutanea** è una procedura che viene eseguita con la calibrazione di una plica di cute, ciò consente la valutazione del tessuto adiposo sottocutaneo. La plicometria cutanea si può effettuare in sede sottoscapolare, in sede brachiale (bicipite o tricipite) e in sede iliaca;

- **La bioimpedenza** è una procedura che permette il calcolo dell'acqua corporea totale in litri e della massa magra totale in kg. Questo metodo di classificazione però è poco preciso in caso di grave obesità, in cui si è constatata un'alterazione nella distribuzione dei fluidi corporei data dall'anomalo rapporto tra acqua extra- ed intra-cellulare;
- **DEXA o densitometria a doppio raggio X**, che utilizza raggi X a due diversi livelli di energia per determinare la massa grassa e la massa magra, dato che i due tessuti hanno una diversa densità.

Esistono casi in cui si utilizza la misurazione della massa grassa attraverso lo studio dello spessore del livello sottocutaneo tramite TAC, ultrasuoni, ecografia o addirittura la risonanza magnetica. (ISS, 2017)

L'obesità viene classificata a seconda della sua origine:

- **obesità primaria** (o essenziale) riguarda tutte quelle forme di obesità per le quali non è stata individuata l'eziologia. Sono coinvolti fattori genetici, metabolici, nutrizionali, sociali e culturali;
- **obesità secondaria** è dovuta a malattie endocrino-metaboliche o sindromi genetiche.

La maggior parte delle obesità non riconoscono una causa ben definita e dunque sono classificate come essenziali, determinate da uno stretto rapporto tra genetica (metabolismo) ed ambiente (introito calorico e mancanza di attività fisica).

Questa patologia è provocata da uno squilibrio fra l'apporto calorico e la spesa energetica e si caratterizza per un eccessivo aumento di tessuto adiposo. Quando l'energia introdotta è maggiore rispetto al dispendio si parla di bilancio energetico positivo, ovvero uno squilibrio con conseguente accumulo di lipidi negli adipociti. (Battezzati A., 2014)

Il consumo energetico giornaliero coinvolge tre fattori:

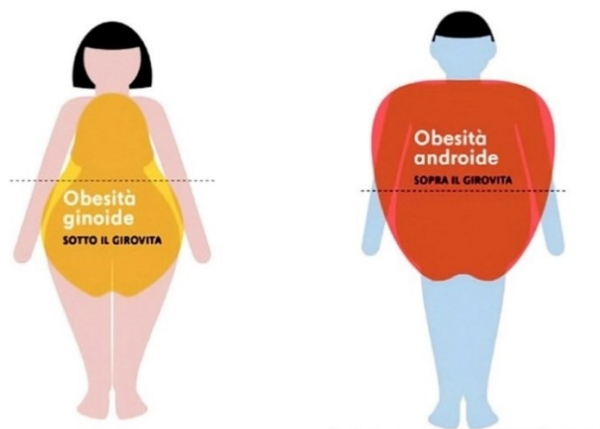
- Il metabolismo basale (controllato geneticamente e diverso da individuo a individuo)
- L'effetto termico dell'esercizio fisico
- L'effetto termico dell'alimentazione

Al consumo energetico contribuisce per il 70% il metabolismo basale, per il 20% l'attività fisica, mentre gli alimenti contribuiscono per il 10%.

L'obesità può presentare inoltre due tipi di distribuzione del grasso nei distretti del corpo e a seconda della sede si distinguono:

- **L'obesità androide:** caratterizzata da una maggiore distribuzione di tessuto adiposo nella regione addominale, toracica, dorsale e cervico-nucale, si quantifica attraverso una semplice ma fondamentale misurazione dell'addome. Una circonferenza della vita superiore a 88 cm nella donna e a 102 cm nell'uomo costituisce un fattore di rischio per le malattie cardiovascolari e per la presenza di insulino-resistenza.
- **L'obesità ginoide:** caratterizzata da un prevalente deposito a livello di fianchi, glutei, cosce e gambe. Per monitorare tale tipo di obesità si tiene sotto controllo la circonferenza dei fianchi. (Iovino, 2022)

**figura 4:** rappresenta la differenza tra Obesità ginoide ed Obesità androide.



○ Fattori correlati all'obesità

L'obesità è una patologia che purtroppo predispone a numerose complicanze e che aumenta il tasso di mortalità fino al 45%. Le patologie più diffuse nei pazienti obesi sono principalmente a carico di:

- **sistema cardio-circolatorio:** ipertensione arteriosa, dislipidemia, aterosclerosi, cardiopatia ischemica, scompenso cardiaco, malattie tromboemboliche;
- **sistema respiratorio:** sindrome delle apnee notturne (OSAS) ed insufficienza respiratoria. .

Vengono facilmente intaccati anche apparato escretore, riproduttivo, osteo-articolare e digerente, ma in particolar modo il sistema endocrino-metabolico.

Dal punto di vista endocrino-metabolico, la presenza di obesità può provocare alti livelli di insulina nel sangue, ovvero **l'iperinsulinemia**, in particolare quando è legata al peggioramento dell'**insulino-resistenza**. (Papa G. , 2023)

Il tessuto grasso ha due funzioni:

- **É un deposito di lipidi**
- **É un tessuto endocrino**

Quest'ultimo è in grado di elaborare una serie di ormoni che hanno sia un'azione di riduzione della sensibilità insulinica che un'azione infiammatoria ed aterogena dove vi è la formazione della placca aterosclerotica. Tutto ciò provoca un aumento del rischio di malattie cardiovascolari quali aterosclerosi, ipercolesterolemia, trigliceridemia, ipertensione, malattie coronariche, infarti, tendenza all'IMA e ictus.

L'insulino-resistenza e la conseguente iperinsulinemia sono definiti i precursori del diabete ma anche fattori di allarme come causa di obesità.

Uno stato di **insulino-resistenza** induce un lieve aumento dei livelli di insulina circolante e il successivo iperinsulinismo che ne deriva, facilita la lipogenesi e l'aumento di peso dovuto all'accumulo di grasso.

Nella maggior parte dei casi **l'iperinsulinemia** è il risultato di uno **squilibrio metabolico** e, anche se raramente, può essere il segno di un possibile tumore delle **cellule beta delle isole di Langerhans del pancreas**, cioè un'insulinoma.

I tumori del pancreas possono avere un'eziologia genetica e possono essere associati ad altre patologie neoplastiche delle ghiandole endocrine, come **la sindrome MEN-1** (multiple neuroendocrine syndrome type 1) che comprende tumori ipofisari, iperparatiroidismo primitivo e iperplasia surrenalica.

**L'iperinsulinismo** favorisce l'aumento di peso e nei pazienti sovrappeso e obesi rappresenta la vera resistenza dell'organismo alla perdita di peso nonostante una dieta ipocalorica.

La mancata perdita di peso, quindi, non dipende dai pazienti, ma dall'insulina che è ciò che crea resistenza nel corpo e impedisce la perdita di peso.

Se è accertata una diagnosi di iperinsulinismo si può agire attraverso:

- **Diete alimentari ipocaloriche**, solitamente ricche di proteine, perché la digestione delle proteine attiva il metabolismo e consente così di bruciare calorie in eccesso.
- **Uso regolare di integratori “brucia grassi”**
- **Farmaci che riducono l'assorbimento di grassi**
- **Farmaci che riducono il senso della fame**
- **Ipoglicemizzanti orali** (come la metformina) che grazie a dei sistemi insulino-indipendenti mettono a riposo il sistema insulinico, permettendogli di ripristinarsi.
- **Attività fisica**: attività di tipo aerobico, infatti, consente di bruciare grassi e calorie ma allo stesso tempo di accelerare il metabolismo basale contribuendo nella perdita di peso e riequilibrando i sistemi insulino-indipendenti. (Cadirni, Iperinsulinismo, 2017)

Anche l'obesità ed **il diabete** sono due malattie strettamente correlate l'una all'altra e rientrano tra le malattie cronico-degenerative più diffuse nel mondo.

Il controllo dei livelli di glicemia, in genere, è affidato all'insulina; nei soggetti obesi, l'eccesso di tessuto adiposo interferisce con l'efficacia dell'insulina stessa. Dati gli elevati livelli di glicemia, il pancreas non riesce a produrre insulina a sufficienza, con conseguenti iperglicemie e sviluppo di diabete.

Recentemente è stata dimostrata una correlazione dell'obesità non solo con il diabete di tipo 2, ovvero quello acquisito nel tempo, ma anche con il diabete di tipo 1, che ha eziologia genetica e ambientale. Un paziente obeso ha una probabilità molto più elevata di diventare diabetico rispetto ad un individuo normopeso; infatti, oltre il 20% degli obesi è affetto da diabete di tipo 2. (Iovino, Obesità e diabete sono collegati, scopri perché, 2021)

Le principali complicanze del diabete di tipo 2 sono:

- **Iperglicemia** con segni e sintomi tipici come: necessità di urinare di frequente, perdita di zuccheri nelle urine (glicosuria), sete intensa, secchezza della bocca, stanchezza, vista annebbiata, difficoltà di concentrazione;
- **Chetoacidosi diabetica**: ovvero quando lo zucchero si trova a livello ematico e le cellule cominciano a utilizzare i grassi a scopo energetico al posto degli



zuccheri, provocando così la formazione di sostanze tossiche per l'organismo, cioè i chetoni, che vengono espulsi e rilevati nelle urine;

- **Ipoglicemia** associata a: sudorazione, tremore, irritabilità, senso di fame, palpitazioni, confusione e debolezza;
- **Complicanze cardiovascolari** (o vasculopatie) come infarto, angina pectoris, ictus, ipertensione e arteriopatie periferiche;
- **Complicanze del sistema nervoso** (neuropatia);
- **Piede diabetico**;
- **Complicanze renali** (nefropatia) come iperuricemia;
- **Complicanze epatiche** come steatosi, steatoepatite e calcoli della colecisti;
- **Complicanze oculari** (retinopatia);
- **Maggiore predisposizione ad alcune forme tumorali**, come il carcinoma del colon-retto, dell'utero e della mammella;
- **Complicanze in gravidanza.**

Per prevenire il diabete di tipo 2, oltre a ridurre l'obesità e il sovrappeso, è necessario modificare il proprio stile di vita seguendo una dieta e svolgendo attività fisica regolarmente. Anche il trattamento farmacologico mirato è essenziale e, se non si ottengono risultati, l'obesità può essere corretta attraverso tecniche chirurgiche. Il trattamento dell'obesità è molto simile al trattamento del diabete, poiché prevede, oltre all'alimentazione personalizzata, un'educazione comportamentale finalizzata al cambiamento delle abitudini alimentari e dello stile di vita.

Tuttavia, le tecniche chirurgiche sono considerate come ultima risorsa e vengono utilizzate solo nei casi più complessi o gravi, con patologie multiple e/o obesità grave, quando il giusto stile di vita e i farmaci da soli non sono sufficienti al fine del dimagrimento. (Ministero della Salute, 2021)

#### ○ Trattamenti dell'obesità

Gli strumenti terapeutici a disposizione per il trattamento dell'obesità sono:

- **L'intervento dietetico**
- **L'attività fisica**
- **Le tecniche cognitivo-comportamentali (di pertinenza psicologica)**

- **La terapia farmacologica**
- **Il trattamento chirurgico**

**L' intervento dietetico** include un percorso di educazione alimentare basato su un regime alimentare personalizzato che tenga conto delle abitudini di vita e delle preferenze alimentari del soggetto, al fine di favorire la sua aderenza al trattamento. Un regime alimentare equilibrato ed ipocalorico deve tener conto del metabolismo basale e del dispendio energetico della persona, poiché l'obesità è data proprio da un alterato bilancio tra consumo energetico ed introito calorico.

**L'esercizio fisico** deve necessariamente far parte dell'approccio terapeutico e deve essere iniziato gradualmente secondo un programma motorio personalizzato stabilito da specialisti, poiché è di fondamentale importanza nel processo di riduzione del peso corporeo e nella prevenzione di molte malattie a livello cardiovascolare o glicemico.

**L'intervento cognitivo-comportamentale di pertinenza psicologica** è anch'esso parte integrante di un programma personalizzato dietetico e di esercizio fisico. È un modello, dunque, che integra delle tecniche comportamentali di controllo degli stimoli e di rinforzo dei comportamenti positivi a tecniche di tipo cognitivo sul miglioramento della motivazione, autostima e dell'immagine corporea. Oltre agli incontri individuali, il paziente viene inserito anche in incontri di gruppo, così da trarre beneficio anche dal confronto e dalla relazione con altri pazienti.

La **terapia farmacologica** attualmente riconosce tre farmaci:

- **Liraglutide** 3.0 mg/die (es. Saxenda®, Victoza®)
- **Naltrexone/Bupropione** 32/360 m/die (es. Mysimba®)
- **Orlistat** (es. Alli®, Beacita®, Xenical®)

**Liraglutide** è un principio attivo utilizzato nel trattamento del diabete mellito di tipo 2 e nel trattamento dell'obesità. È un farmaco agonista del recettore GLP-1, ormone prodotto dall'intestino che stimola la secrezione di insulina e inibisce la secrezione di glucagone da parte del pancreas. Questo ormone viene rilasciato dopo il pasto, entra quindi in azione solamente quando la glicemia sale per effetto dei carboidrati introdotti col cibo e per questo motivo non causa ipoglicemia.

Per il trattamento del diabete, la Liraglutide può essere utilizzata sia da sola sia in associazione a insulina o ad altri farmaci antidiabetici, mentre per l'obesità si utilizza solitamente come unico principio attivo e deve essere somministrata per via sottocutanea.

**Naltrexone/Bupropione** è un farmaco appartenente alla categoria dei farmaci contro l'obesità ad azione centrale, è antagonista dei recettori m-oppiacei e debole inibitore della dopamina neuronale e della ricaptazione della norepinefrina. In aggiunta alla dieta e all'attività fisica, è un farmaco indicato per promuovere la gestione del peso corporeo in pazienti adulti obesi. Il Naltrexone/Bupropione è commercializzato sotto forma di compressa. I due principi attivi, naltrexone e bupropione, agiscono sulla riduzione dell'appetito e della quantità di cibo consumato dai pazienti e ne aumenta il dispendio energetico, aiutandoli ad aderire a una dieta ipocalorica e a perdere peso. Questo farmaco agisce sulle aree cerebrali che regolano l'assunzione di cibo e l'equilibrio energetico, oltre a ridurre l'attività dei centri cerebrali che controllano la sensazione di piacere associata al consumo di cibo.

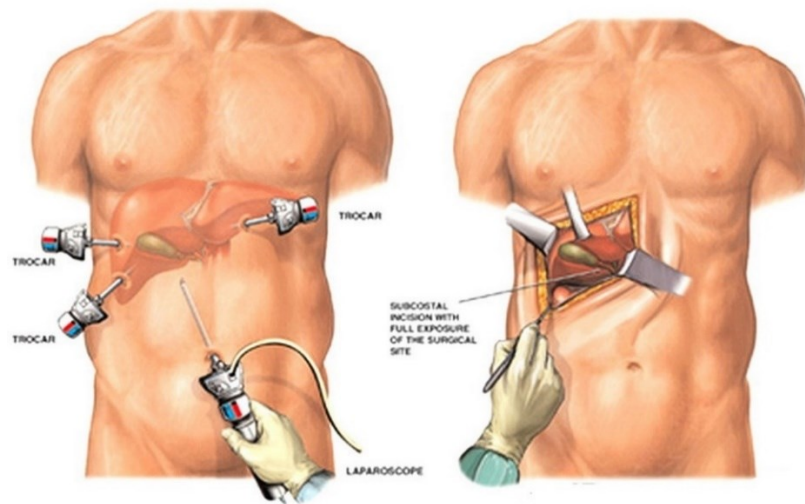
**Orlistat** è un farmaco utilizzato nel trattamento dell'obesità e agisce riducendo l'assorbimento dei grassi a livello del tratto gastrointestinale. L'azione farmacologica consiste nell'inibire selettivamente le lipasi del tratto gastrointestinale riducendo così del 30% l'assorbimento dei trigliceridi introdotti con la dieta. È disponibile in compresse masticabili e capsule.

Tutti questi farmaci sono approvati per il trattamento a lungo termine dell'obesità e devono essere assunti in associazione a stile di vita sano, dunque corretta alimentazione e attività fisica. Questi farmaci vengono prescritti in pazienti adulti con BMI superiore a 30 o con BMI da 27 a 30 in presenza di almeno una comorbilità correlata al peso (es. prediabete, ipertensione, dislipidemia, OSAS). Il trattamento farmacologico però deve essere interrotto dopo 12 settimane qualora il paziente non sia stato in grado di perdere almeno il 5% del peso corporeo registrato all'inizio della terapia. (Farmaci per il trattamento dell'obesità autorizzati al commercio in Italia, 2020)

**La chirurgia bariatrica** è un trattamento chirurgico utilizzato in caso di obesità e il suo scopo principale è quello di prevenire o correggere i problemi all'obesità correlati. La chirurgia bariatrica modifica il funzionamento dell'apparato digerente del paziente attraverso interventi mininvasivi, che si svolgono principalmente in laparoscopia e in anestesia generale.

La laparoscopia consiste nel riempimento della cavità addominale con anidride carbonica e l'impiego di appositi strumenti (trocar) inseriti nell'addome attraverso alcuni piccoli fori. In uno di questi fori viene inserita una videocamera che trasmette le immagini su uno schermo così da fare da guida al chirurgo. Solo in alcuni casi l'intervento è praticato tradizionalmente, cioè con l'approccio laparotomico che prevede l'incisione della parete addominale.

**figura 5:** rappresenta le due tipologie di approccio chirurgico; laparoscopico e laparotomico.



La chirurgia bariatrica è indicata in soggetti con:

- **BMI maggiore di 40 kg/m<sup>2</sup> ed in assenza di ogni altra comorbilità**
- **BMI maggiore di 35 kg/m<sup>2</sup> in presenza di comorbilità associate all'obesità** (diabete mellito di tipo 2, dislipidemia, iperuricemia e gotta, infertilità femminile, sindrome dell'ovaio policistico, ipertensione arteriosa, cardiopatia coronarica, cardiopatia congestizia, embolia polmonare, ictus, asma, apnee ostruttive notturne, steatoepatite non alcolica, osteoartrite, leucemie).

**Il BMI minimo** per essere candidabile alla chirurgia bariatrica non è quello attuale del paziente ma il peso massimo che il paziente ha raggiunto nel corso della sua storia clinica.

Parte integrante dell'idoneità alla chirurgia bariatrica è il fallimento dei precedenti tentativi dietetici e la capacità di mantenere un'adeguata aderenza.

La chirurgia bariatrica si è dimostrata efficace nei pazienti obesi di età compresa tra 18 e 60 anni; Infatti, il trattamento chirurgico dell'obesità nei pazienti avanti con l'età tiene conto di criteri più rigorosi, in particolare della percentuale di complicanze postoperatorie.

Nel caso di trattamento chirurgico bariatrico, nel paziente candidato devono essere verificati molteplici fattori, quali:

- **La motivazione e la comprensione,**
- **La capacità di esprimere un valido consenso,**
- **La disponibilità a controlli periodici e regime dietetico,**
- **Certezza della resistenza alla terapia nutrizionale e comportamentale,**
- **Assenza di maggiori controindicazioni e compatibilità con il rischio operatorio.**

Pertanto, è necessario spiegare al paziente candidato alla chirurgia bariatrica i passaggi successivi, le controindicazioni e anche le complicazioni che questi interventi chirurgici possono comportare.

Non esistono ancora linee guida che guidino la scelta del tipo di intervento chirurgico proposto al paziente; L'équipe, infatti, valuta questa decisione sulla base delle abitudini alimentari del paziente, dell'anamnesi clinica, degli esami e di una valutazione multidisciplinare ottenuta dopo aver completato l'iter diagnostico terapeutico preoperatorio.

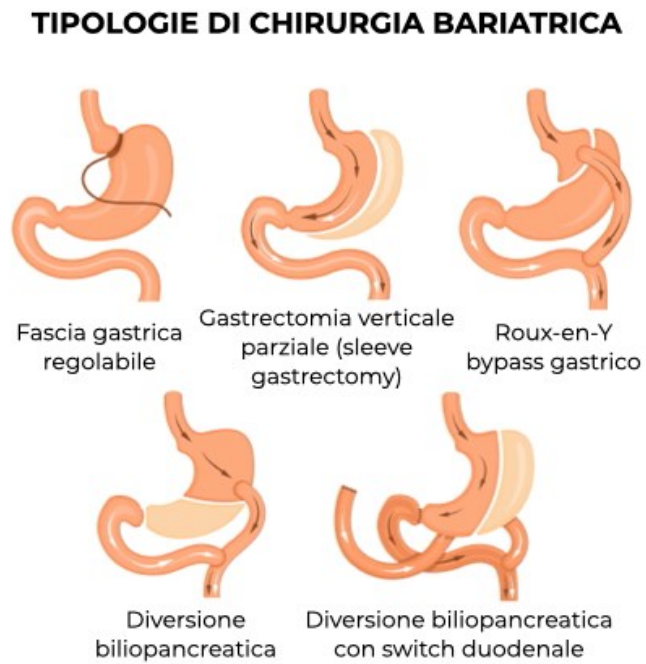
Tra gli **interventi più comuni** vi sono:

- **Il Bendaggio Gastrico** regolabile che non comporta l'asportazione o sezione di organi ed è funzionalmente reversibile. Quest'intervento consiste nella creazione di una piccola tasca gastrica che comunica con il resto dello stomaco tramite uno stretto orifizio;

- La **Sleeve Gastrectomy** è uno degli interventi chirurgici dell'obesità più praticato e consiste nella resezione verticale parziale dello stomaco; infatti, lo stomaco viene diviso in due parti in senso verticale e la parte più voluminosa viene poi asportata. La parte di stomaco che rimane in sede assume la forma di una manica ("sleeve") e mantiene le proprie funzioni come prima dell'intervento, dato che non si va a modificare il transito fisiologico del cibo.
- Il **Bypass Gastrico** è un intervento che consiste nella creazione di una piccola tasca gastrica che non comunica con il resto dello stomaco, ma viene direttamente collegata all'intestino tenue. Il tratto di intestino che rimane escluso dal transito degli alimenti viene chiamato tratto bilio-pancreatico e viene a sua volta unito con il tratto alimentare a formare il tratto comune. L'intervento è reversibile, ma, in seguito all'intervento, lo stomaco, il duodeno e le vie biliari non sono più esplorabili con le metodiche endoscopiche attualmente disponibili, ma solo chirurgicamente.
- Il **Mini Bypass Gastrico** o **Bypass Gastrico** con singola anastomosi è un intervento che consiste, in primo luogo, nella creazione di una tasca piccola verticale a livello gastrico preposta ad accogliere il cibo e non più comunicante con il resto dello stomaco, ma lasciata in sede; in secondo luogo, si effettua un'anastomosi tra la tasca gastrica e l'intestino tenue bypassando il duodeno. Questo intervento consente una reversibilità delle condizioni anatomiche e fisiologiche. Dopo quest'intervento lo stomaco, il duodeno e le vie biliari non sono più esplorabili con le metodiche endoscopiche attualmente indicate, ma solo chirurgicamente.
- La **Diversione Bilio-pancreatica** e **Duodenal Switch** è un intervento complesso a scopo malassorbitivo, che consiste nell'asportazione di gran parte dello stomaco, e ciò lo rende un intervento anatomicamente non reversibile. La diversione bilio-pancreatica secondo Scopinaro consiste in una resezione parziale dello stomaco senza resezione dell'intestino, ma lo stomaco viene congiunto con il tratto distale dell'ileo; la porzione di intestino che rimane così esclusa dal transito degli alimenti viene a sua volta unita con il tratto alimentare dalla valvola ileo-cecale, formando così il tratto comune e unico tratto assorbente dell'intestino. Il duodenal switch invece consiste nella

resezione dello stomaco come nella sleeve gastrectomy e la ricostruzione della continuità gastrointestinale avviene utilizzando il duodeno. Questo intervento determina un cambiamento delle funzioni fisiologiche come, per esempio, rende le feci maleodoranti e provoca un cattivo odore dell'alito. (Azienda Ospedale-Università di Padova, 2023)

**figura 6:** rappresenta diverse tipologie di Chirurgia Bariatrica.



## **Il ruolo dell'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale bariatrico e la sua funzione nel Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per il paziente obeso:**

### ○ Il ruolo dell'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale bariatrico

L'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale, come cita il decreto 739/94 che sancisce il profilo professionale dell'infermiere, viene classificato come un operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, è responsabile dell'assistenza generale infermieristica.

L'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale, oltre ad essere un infermiere, ha conseguito una formazione post-base; dunque, possiede competenze avanzate successive alla laurea, acquisite tramite il master in management per il coordinamento delle professioni sanitarie associata ad esperienza settoriale e specialistica nelle differenti unità operative.

Ciò che contraddistingue questa figura e che la rende fondamentale nell'applicazione alla bariatrica è proprio la sua esperienza in questo campo, poiché la conoscenza della chirurgia dell'obesità associata a competenze di alta intensità assistenziale riescono ad assicurare al paziente obeso assistenza di qualità e a mettere a sua disposizione del personale con competenze specialistiche in tale ambito.

**L'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale bariatrico** è una figura che si occupa di accompagnare, supervisionare e prendersi cura del paziente nel suo percorso verso l'intervento chirurgico dell'obesità, principalmente nella fase preoperatoria.

Non è possibile equiparare la figura dell'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale bariatrico a quella **dell'infermiere case manager**, principalmente per la tipologia di paziente con il quale interagisce. L'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale effettivamente agisce facendo le veci dell'infermiere case manager, ma non lo si può identificare prettamente in quel ruolo poiché ha ulteriori e differenti competenze spiccate in ambito organizzativo, gestionale e di programmazione acquisite tramite gli studi e la messa in pratica del master in coordinamento e management.



Il case manager, nel suo campo d'azione, per esempio in ambito oncologico, si interessa di prendere in carico quei pazienti che necessitano di essere accompagnati e sostenuti poiché la situazione clinica richiede un intervento immediato dove bisogna agire nel minor tempo possibile (da 3 giorni ed entro 6 mesi) garantendo altresì la miglior assistenza erogabile al paziente.

L'ambito bariatrico è molto diverso dagli altri contesti clinici e ciò dipende esclusivamente dalle peculiarità della tipologia di assistito. Il paziente obeso è considerato fragile perché, come suggerisce la definizione stessa di "paziente fragile", è una persona che presenta varie patologie, spesso croniche, che assume uno o più farmaci e che può presentare disabilità e problemi a livello socio-relazionale e psicologico. Tutto questo rende il paziente obeso vulnerabile e causa, in gran parte dei casi, la perdita delle capacità funzionali di base.

Il paziente obeso è fragile anche perché, molto spesso, non si reputa "malato" nonostante possa presentare diverse patologie correlate all'obesità. Per questo motivo, può mettere in atto dei comportamenti ostili nei confronti delle cure e dell'assistenza, risultando poco aderente sia alla terapia farmacologica sia all'educazione terapeutica ed alimentare.

Questa scarsa adesione al trattamento si verifica perché il paziente obeso non ha la stessa percezione di gravità che presentano invece i pazienti con gravi patologie che necessitano di interventi immediati; questi ultimi, infatti, sono disposti a fare di tutto per velocizzare le tempistiche ed avere i migliori risultati nel più breve tempo possibile.

**Nei vari ambiti clinici**, il case manager, l'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale o un'altra figura preposta accompagna il paziente passo dopo passo nel suo percorso, poiché in lui subentrano preoccupazioni e dubbi legati proprio all'influenza della malattia sia a livello fisico che a livello psicosomatico, oltre che curiosità legate al periodo post-operatorio e alla riabilitazione. Tra paziente e infermiere si instaura quindi una relazione alla pari, un'alleanza terapeutica per il medesimo fine.

**In chirurgia bariatrica** l'infermiere che prende in carico e supporta il paziente obeso lo segue e lo stimola durante le varie fasi, perché non perda di vista lo scopo (il dimagrimento) e soprattutto perché prenda gradualmente consapevolezza della propria

condizione di salute così da poter affrontare gli incontri, le visite e le indicazioni cliniche con sempre maggior predisposizione e consenso.

La figura dell'infermiere coordinatore di percorso bariatrico ha un ruolo fondamentale anche nel coordinare il rapporto tra pazienti e medici, chirurghi, infermieri, psicologi, dietisti e personale sanitario che farà parte del percorso diagnostico terapeutico ed assistenziale del paziente obeso.

Questa figura funge da tramite, perché è colui che interagisce con il paziente, lo supporta, lo indirizza, lo monitora e lo rivaluta, si informa in tutti gli step dei possibili dubbi, delle difficoltà e degli obiettivi raggiunti, e funge da collante, perché, contattando settimanalmente l'assistito per un breve colloquio di aggiornamento, è maggiormente al corrente della storia passata del paziente, delle difficoltà riscontrate, della situazione familiare e sociale e questo è particolarmente utile durante gli incontri multidisciplinari con le altre figure dell'equipe.

La figura dell'infermiere coordinatore di percorso presso l'UOSD di Chirurgia Bariatrica dell'Azienda Ospedale-Università di Padova nasce principalmente dalla complessità della preparazione all'intervento di chirurgia bariatrica e del follow-up post-chirurgico.

La presa in carico dei pazienti bariatrici da parte di questa figura è di fondamentale importanza per instaurare un buon rapporto infermiere-paziente e dare vita ad una vera e propria alleanza con un obiettivo comune, per garantire un percorso sereno e fruttuoso e assicurare la massima predisposizione al dimagrimento.

L'infermiere coordinatore di percorso indirizza dunque il paziente nell'organizzazione di prime visite, nel piano alimentare e nella rivalutazione del peso, nelle indagini di primo e secondo livello mirate, nella valutazione multidisciplinare con le varie figure dell'equipe, negli eventuali trattamenti farmacologici o chirurgici e nelle varie fasi del dimagrimento. Questa figura diviene perciò un vero e proprio punto di riferimento per il paziente, il quale può rivolgersi ed affidarsi a lui in ogni step del percorso.

- La figura dell'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale bariatrico nella prima fase del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) del paziente obeso.

Il PDTA è uno schema specifico che viene utilizzato durante tutto l'iter del paziente e la sua presa in carico, cioè in tutte le varie fasi e procedure da lui sostenute. I vari PDTA sono mirati e applicati al singolo contesto, per cui per il trattamento dell'obesità nel paziente adulto vi è uno specifico PDTA di riferimento.

Il PDTA è condiviso fra tutti i professionisti coinvolti nel processo che deve affrontare il paziente, così da riuscire a contestualizzare ed attenersi alle linee guida, Evidence Based Nursing ed Evidence Based Medicine, raccomandazioni ed indicazioni specifiche a riguardo.

Lo scopo del PDTA è orientare il personale e rendere univoche tutte le procedure effettuate per:

- migliorare gli aspetti organizzativo-gestionali
- ridurre il rischio di errore
- permettere una buona integrazione multidisciplinare dell'equipe
- ridurre i costi
- promuovere la continuità assistenziale
- migliorare la qualità percepita dal paziente

Una volta approvato ed applicabile, il PDTA diviene un punto di riferimento per il personale multidisciplinare poiché analizza, spiega e indirizza su molti aspetti specifici dell'ambito di appartenenza. L'equipe che coopera all'interno del PDTA per il trattamento dell'obesità nel paziente adulto è vasta e comprende diverse figure professionali:

- medici: chirurgo bariatrico, chirurgo plastico, anestesista e rianimatore, medico dello sport, internista, psichiatra e dietologo;
- infermieri: generico, specializzato nel trattamento dell'obesità, specializzato in chirurgia dell'obesità, coordinatore infermieristico e coordinatore di percorso ambulatoriale bariatrico;
- altri: dietista, psicologo.

Il paziente obeso accede al PDTA per la prima volta attraverso l'indicazione del medico di medicina generale oppure del medico specialista, che con un'impegnativa

per “prima visita per obesità” richiederà un primo incontro del paziente con lo specialista. La prima visita che effettua il paziente obeso può essere internistica o chirurgica.

Per quanto riguarda la **visita internistica per l'obesità**, il medico internista procede nel:

- raccogliere l’anamnesi,
- effettuare l'esame obiettivo,
- raccogliere parametri antropometrici: peso, altezza, circonferenza vita e, in casi selezionati, bioimpedenziometria,
- valutare eventuali esami già eseguiti ed identificare eventuali comorbidità.

Il medico internista spiega dunque al paziente tutto l'iter diagnostico-terapeutico che verrà effettuato riguardo l’ambito metabolico, comprese le indagini di primo livello, ovvero:

- anamnesi alimentare;
- screening ematochimico: analisi di fattori di rischio cardiovascolare, profilo lipidico, funzionalità epatica, funzionalità renale, glicemia;
- screening ormonale: ulteriori esami per escludere cause secondarie di obesità.

Il medico internista, in base alla valutazione iniziale, può programmare ulteriori approfondimenti diagnostici:

- indagini strumentali di secondo livello, come l’ecocardiogramma;
- ecografia tiroidea, per i pazienti con sospetta patologia tiroidea;
- ecografia addome, in caso di alterazione della funzionalità epatica agli esami ematochimici;
- prove di funzionalità respiratoria ed eventuale polisonnografia, nel sospetto di OSAS;
- diagnostica generale dell'obesità riservata a pazienti con obesità ad esordio infantile, familiarità e obesità grave;
- valutazione psichiatrica, nel sospetto di concomitanti patologie psichiatriche e disturbi del comportamento alimentare.

Il paziente sarà sottoposto, inoltre, alla compilazione di uno screening metabolico che verrà consegnato al paziente stesso e verrà effettuata una valutazione clinica con la

compilazione obbligatoria di questionari utili all'inquadramento dello stato psicologico ed alimentare.

Per quanto riguarda la **visita chirurgica per obesità**, il medico chirurgo procede a:

- raccogliere **l'anamnesi mirata**: pregressi interventi chirurgici addominali, terapia farmacologica in atto (in particolare, terapia anticoagulante o antiaggregante), allergie, sintomi da reflusso gastro-esofageo;
- effettuare **valutazione del rischio tromboembolico** con la rilevazione dei dati mediante “Lo Score di Caprini”.
- effettuare **l'esame obiettivo**: valutazione del peso, altezza e BMI, esame obiettivo addominale completo, valutazione di pregresse cicatrici chirurgiche, eventuale epatomegalia e valutazione clinica dell'adipe viscerale e dell'adipe sottocutaneo;
- valutare eventuali esami già eseguiti e eventuale prescrizione di ulteriori **esami strumentali** di primo livello come, per esempio, EGDS con biopsie ed ecografia addome completo.
- prescrivere, se necessario, **esami di secondo livello** in base alle comorbilità emerse e alle condizioni del paziente, come, ad esempio, radiografia delle prime vie digestive (esofago, stomaco e duodeno) con doppio mezzo di contrasto e pH-manometria esofagea.
- prenotare lo **studio endocrino-metabolico**, che prevede ulteriori esami ematochimici e **terapia educativa** del paziente obeso con annessa compilazione del modulo di screening metabolico, valutazione clinica e compilazione obbligatoria dei questionari sull'inquadramento dello stato psicologico e alimentare del paziente, la cui gestione e interpretazione sono a carico dello psicologo.

Dopo la prima visita medica o chirurgica, **l'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale bariatrico** pianificherà la **prima valutazione dietistica** per l'obesità, che è finalizzata alla riduzione del peso corporeo e all'acquisizione dei principi sulla sana e corretta alimentazione, oltre che ad ottimizzare l'intervento medico e l'outcome post-chirurgico. Il paziente sarà sottoposto ad incontri periodici con il dietista al fine di monitorare l'aderenza e il trattamento dietetico. **Il dietista** analizzerà la storia del peso del paziente con annessa anamnesi alimentare e stima degli apporti quali-

quantitativi, numero e distribuzione dei pasti nella giornata e luogo, orario e contesto di assunzione dei pasti; inoltre, valuterà il livello di attività fisica praticata, eventuali comportamenti alimentari disfunzionali ed elaborerà un piano dietetico ipocalorico personalizzato con obiettivi di perdita di peso e modifica dello stile di vita. Infine, programmerà il follow up e l'educazione e la gestione nutrizionale nella fase post-operatoria.

Successivamente alla prima visita internistica o chirurgica, l'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale bariatrico programmerà una **visita multidisciplinare** con tutta l'equipe, sede in cui discutere i casi presenti nella programmazione ambulatoriale multidisciplinare. Durante la visita verrà effettuato un colloquio con tutto lo staff, dove l'infermiere coordinatore di percorso può fungere da mediatore, essendo a conoscenza di varie informazioni relative al paziente. Durante il colloquio vengono fornite delle delucidazioni riguardo il miglior approccio per il singolo paziente e sull'esito dei test psicologici effettuati. L'approccio proposto potrebbe essere:

- **esclusivamente medico**, ossia un regime dietetico monitorato dal dietista/nutrizionista in associazione ad una terapia farmacologica per controllare il centro della fame
- **medico e chirurgico**, in cui il paziente viene sottoposto ad un regime dietetico associato a terapia farmacologica in preparazione all'intervento chirurgico bariatrico.

Se il paziente è candidabile alla chirurgia, il medico chirurgo spiega i vari tipi di interventi possibili con relativi rischi e benefici e consegna al paziente la scheda informativa; il paziente viene quindi inserito in lista d'attesa per l'intervento chirurgico. Il tempo di attesa per l'intervento chirurgico è di circa un anno dalla presa in carico del paziente e comprende la preparazione completa per affrontare l'intervento in sé e il post-operatorio.

L'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale, che conosce la storia del paziente ed il percorso effettuato prima del colloquio multidisciplinare, dopo la visita riceve dal chirurgo i documenti relativi all'inserimento in lista operatoria e organizza gli esami strumentali e gli approfondimenti richiesti prima dell'intervento chirurgico.

L'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale bariatrico contatta mensilmente il paziente per ricevere aggiornamenti riguardo gli esami strumentali, al monitoraggio

del peso (spesso eseguito utilizzando i presidi presenti in farmacia, così da essere sicuri dei dati riportati) e ad eventuali visite da effettuare. L'infermiere inoltre fornisce al paziente un numero di telefono attivo 12 ore al giorno per 5 giorni alla settimana al quale lui stesso sarà disponibile, per garantire il miglior supporto possibile e poter instaurare un rapporto di fiducia. Si cerca di far sentire il paziente seguito, compreso ed incoraggiato, grazie alla disponibilità fornitagli, e l'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale si rende disponibile in ogni fase nell'aiutare il paziente qualora riscontrasse delle difficoltà; in particolare, supporta il paziente durante la prenotazione degli esami strumentali e delle visite, nonché sul piano dietetico e sull'educazione preoperatoria.

Ogni settimana l'infermiere coordinatore incontra il medico chirurgo per una rivalutazione dei pazienti e un aggiornamento riguardo il loro percorso; in quell'occasione il chirurgo consegna i documenti dei pazienti pronti per l'intervento e si programma la data dell'intervento.

L'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale bariatrico si occupa principalmente della fase di pre degenza, contatta circa una volta al mese il paziente, si interessa di illustrare il percorso operatorio nelle sue fasi, dall'ingresso in reparto fino alla dimissione; indirizza ed educa il paziente fornendogli istruzioni e chiarimenti secondo quanto riportato nel libretto informativo della degenza e nella brochure aziendale per la prevenzione del rischio di cadute.

Di notevole importanza per l'infermiere coordinatore di percorso è inoltre educare il paziente sulla raccolta dati e sulla dieta che dovrà seguire nei mesi precedenti all'intervento; il paziente dovrà dunque impegnarsi nel permettere il monitoraggio all'infermiere attraverso l'invio settimanale del peso raggiunto, per tre settimane antecedenti all'intervento.

In prossimità dell'intervento chirurgico, il paziente effettuerà in regime di prericovero le visite e gli esami necessari in base alla tipologia di intervento previsto.

Dopo la visita multidisciplinare e la presa in carico del paziente dall'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale, avviene **la valutazione psicologica** riguardo al grado di sofferenza psicologica, lo stile di vita, il supporto sociale, la qualità di vita percepita e i comportamenti alimentari disfunzionali del paziente obeso. I test psicologici a cui vengono sottoposti i pazienti riguardano: la qualità della vita, la

sofferenza psicopatologica, la sospetta presenza di disturbi del comportamento alimentare, la sospetta presenza di dipendenza dal cibo, la qualità e l'intensità dell'attività fisica, la possibile presenza di OSAS, il rischio di consumo alcolico, il rischio di "night eating syndrome", l'insoddisfazione dell'immagine corporea e il fumo di sigaretta. Le risposte dei pazienti ai test vengono categorizzate in tre dimensioni principali valutate tramite apposite scale (presenza/assenza) e relative a:

- qualità della vita
- intensità e gravità della sofferenza psicopatologica
- sospetta presenza di disturbo del comportamento alimentare

In seguito alla valutazione psicologica e ad una **rivalutazione multidisciplinare**, si definisce il percorso più indicato per il paziente e, nel caso il paziente abbia un'indicazione chirurgica, si valuta la necessità di una **valutazione psichiatrica**, per un intervento psicoeducativo riguardo l'aspetto cognitivo e comportamentale e per migliorare la motivazione rispetto al cambiamento dello stile di vita e l'aderenza alle indicazioni nutrizionali e all'attività fisica. La visita psichiatrica è un'indagine di secondo livello disposta dal team multidisciplinare e indicata nel caso di:

- storia di pregressi o attuali disturbi psichiatrici o terapie psico-farmacologiche,
- anamnesi alimentare con episodi di iperalimentazione su base emotiva o crisi bulimiche,
- comportamenti inappropriati di compenso o controllo del peso quali vomito autoindotto, abuso di diuretici o lassativi, omissione di insulina nei diabetici.

È fondamentale l'esito della valutazione funzionale sull'efficienza fisica nei soggetti da avviare all'intervento chirurgico poiché rappresenta un buon predittore dell'incidenza di complicanze post-intervento.

Nel caso in cui gli esami al quale si è sottoposto il paziente non abbiano evidenziato situazioni dubbie che richiedano una visita anestesiologicala immediata, si richiederà una **valutazione anestesiologicala** in regime di pre-ricovero. Nel corso della visita, l'anestesista procede a:

- raccogliere l'anamnesi relativa allo stile di vita, attività fisica, abitudini alimentari



- identificare potenziali fattori di rischio anestesiológico: comorbidità, patologie correlate all'obesità, terapie farmacologiche, intolleranze/allergie alimentari, farmacologiche o a prodotti utilizzati durante le procedure anestesiológica e chirurgica
- valutare il rischio di OSAS: prescrivere lo studio polisonnografico nel paziente con OSAS classificandone la severità,
- eseguire l'esame obiettivo: valutazione degli apparati respiratorio e cardiocircolatorio e delle vie aeree per prevedere un'intubazione difficile
- valutare il grado di invasività dell'intervento chirurgico e la previsione della richiesta di oppioidi nel postoperatorio, il rischio di nausea o vomito e il rischio globale di complicanze
- valutare gli esami preoperatori per completare la definizione del rischio anestesiológico secondo la classificazione dell'American Society of Anesthesiologists (ASA)

Dopo aver eseguito gli esami preoperatori, il paziente effettua la **rivalutazione chirurgica** pre-intervento, che prevede un ulteriore controllo degli esami preoperatori, l'acquisizione del consenso informato all'intervento, la spiegazione dell'informativa sull'intervento chirurgico e la prescrizione della dieta preoperatoria al paziente.

L'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale bariatrico annota la manifestazione del consenso orale del paziente al trattamento dei dati, rileva il peso del paziente, effettua un colloquio informativo ed educativo sulle prescrizioni pre- e post-operatorie specifiche (doccia preoperatoria, digiuno, durata della degenza, kit effetti personali necessari per la degenza, gestione trucco e smalti, assistenza post operatoria ed orari di visita), risponde ad eventuali quesiti dell'assistito e dei familiari, effettua un primo accertamento infermieristico e spiega la dieta preoperatoria al paziente.

Successivamente avverrà il ricovero del paziente nell'UO Chirurgia Bariatrica e in seguito il paziente sarà sottoposto all'intervento chirurgico bariatrico prestabilito. (Azienda Ospedale-Università di Padova, 2023)

## **CAPITOLO 1**

### **Presentazione del problema e scopo dello studio**

#### 1.1 Sintesi degli elementi fondamentali e dichiarazione del problema

Il numero di soggetti obesi sia nei paesi occidentali industrializzati sia in quelli in via di sviluppo è in costante crescita divenendo uno dei principali problemi di salute pubblica nel mondo.

L'obesità incide sul paziente:

- a livello fisico, compromettendo la qualità della vita ed interferendo fortemente sulla capacità di movimento e sullo svolgimento di attività quotidiane
- sugli aspetti psicologici, emotivi e comportamentali della persona, determinando atteggiamenti negativi e gravando fortemente a livello psicologico.

L'obesità compromette anche le relazioni interpersonali creando molto spesso dei veri e propri disagi sociali. Proprio a causa del notevole effetto dell'obesità sull'individuo, si sta sempre più iniziando a scoprire l'ambito della bariatrica e a proporre tecniche innovative riguardo la chirurgia ed i trattamenti dell'obesità ancora purtroppo poco conosciuti.

Il paziente obeso è un paziente fragile sia dal punto di vista fisico, data l'eccessiva quantità di massa grassa che va ad indebolirlo ed alterare la sua qualità di vita, sia a livello psicologico. Inoltre, l'obeso non considerandosi malato non ha la giusta concezione della propria condizione; quindi, richiede un'attenta e meticolosa cura ed assistenza con supporto continuo, così da sostenere l'aspetto emotivo e relazionale in prossimità e in concomitanza del percorso bariatrico che deve affrontare. Dato che il paziente obeso richiede un'assistenza molto complessa e prolungata nel tempo, gli assistiti e l'equipe multidisciplinare che se ne occupa (medici, chirurghi, dietisti, psicologi e infermieri) hanno la necessità di una figura che organizzi, coordini, gestisca e supervisioni il processo diagnostico, terapeutico ed assistenziale. Questa figura è l'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale bariatrico.

#### 1.2 Quesiti di ricerca

Nell'unità di Chirurgia Bariatrica, l'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale bariatrico può costituire un valido aiuto nelle varie fasi del processo, sia per il paziente

candidato ad intervento chirurgico sia per l'equipe medica e multidisciplinare coinvolta nel percorso di cura?

### 1.3 Importanza dello studio per la professione infermieristica, per tutta l'equipe multidisciplinare e per i pazienti

Sempre più infermieri e professionisti sanitari si trovano ogni giorno a prendersi cura di pazienti obesi sia per quanto riguarda l'assistenza attiva sia per quanto riguarda l'aspetto emotivo, relazionale e psicologico. L'ultimo aspetto è uno dei più delicati per i pazienti obesi, del quale le figure specializzate devono farsi carico, insieme al paziente stesso, così da riuscire a raggiungere obiettivi prestabiliti insieme.

Lo studio risulta di fondamentale importanza in differenti ambiti:

- per la professione infermieristica, perché l'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale bariatrico è un infermiere specializzato e facilitatore di processo ed attraverso le sue competenze gestionali, organizzative e manageriali, ma anche grazie al lavoro che svolge in prima persona nell'educazione e nella formazione del paziente nell'anno di preparazione all'intervento per obesità, pone le basi per garantire le migliori prestazioni possibili future;
- per tutta l'equipe multidisciplinare, perché l'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale bariatrico risulta essere un punto di riferimento per ogni singola figura dell'equipe e semplifica e coordina le relazioni e interazioni fra i vari membri. L'aspetto essenziale per l'equipe è la possibilità di accorciare notevolmente le tempistiche, poiché l'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale bariatrico, pianificando accuratamente e tempestivamente le varie fasi del processo, snellisce il lavoro di tutti i membri limitando le attese e aumentando la produttività in termini quantitativi e qualitativi.
- per i pazienti, poiché, essendo dei pazienti fragili e non considerandosi malati nonostante le molteplici comorbidità, hanno la necessità di essere seguiti e supportati in maniera attenta e scrupolosa da una figura specifica. Infatti, date le difficoltà che possono presentarsi in particolari fasi dell'iter diagnostico-terapeutico, potrebbero abbandonare il percorso e desistere mettendo in secondo piano la reale necessità di perdere peso e in molti casi di allungare l'aspettativa e la qualità di vita.

#### **1.4 Scopo dello studio**

Lo scopo dello studio è quello di garantire al paziente obeso, candidato all'intervento di chirurgia bariatrica, il miglior supporto possibile e la migliore assistenza, assicurando contemporaneamente una buona organizzazione, programmazione e gestione dell'aspetto multidisciplinare e della cooperazione tra tutte le figure sanitarie coinvolte nel percorso verso l'intervento chirurgico.

Attraverso questo studio si esamina come l'azione di coordinamento di questa figura infermieristica specifica nel piano diagnostico-terapeutico possa divenire cruciale per apportare un miglioramento dell'efficienza del servizio e quindi della qualità percepita dal paziente seguito presso l'U.O. di Chirurgia Bariatrica.



## **CAPITOLO 2**

### **Materiali e metodologia dello studio**

#### **2.1 Disegno di ricerca**

Lo studio condotto è di tipo applicativo-sperimentale e prende spunto da protocolli di ricerca già utilizzati in altri contesti, come quello dell'UOSD di Chirurgia Bariatrica dell'Azienda Ospedale-Università di Padova.

Per valutare se esista una differenza nel grado di soddisfazione dei pazienti rispetto alla tipologia dell'assistenza erogata, durante lo studio vengono somministrati due questionari a due gruppi differenti di pazienti che si sono entrambi sottoposti a chirurgia bariatrica, rispettivamente con e senza affiancamento dell'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale bariatrico.

Attraverso un'accurata analisi e valutazione del livello di soddisfazione dei pazienti rispetto alla qualità assistenziale erogata, si potranno anche individuare eventuali mancanze o insoddisfazioni modificabili nel percorso di entrambi i gruppi presi in considerazione. Si intende mettere a confronto le tempistiche, i risultati ottenuti e la facilità organizzativa nel corso dei vari passaggi per capire se l'infermiere coordinatore di percorso può avere un ruolo facilitatore.

#### **2.2 Campione e setting**

Il campione è costituito da due gruppi di pazienti che hanno intrapreso un percorso di cura presso l'UOSD di Chirurgia Bariatrica dell'Azienda Ospedale-Università di Padova.

I due gruppi sono costituiti da 15 pazienti cadauno con età compresa tra 18 e 65 anni. Per quanto riguarda i criteri di esclusione, sono stati esclusi i pazienti di età inferiore a 18 anni e superiore a 65 anni ed i pazienti che non hanno concluso il percorso bariatrico per molteplici motivazioni. Sono stati quindi selezionati in maniera randomizzata 15 soggetti che hanno avuto un infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale bariatrico e 15 che non l'hanno avuto; i 30 pazienti totali costituiscono la popolazione oggetto di studio.

Gli operatori e la coordinatrice del Servizio Ambulatorio Chirurgico 1 dell'Ospedale Giustiniano dell'Azienda Ospedale-Università di Padova, garantendo l'anonimato e la massima privacy dei pazienti, hanno permesso di acquisire un campione di individui

tra tutti quelli che hanno avuto accesso al servizio nel periodo di tempo fissato. Si è scelto di fornire questionari ai pazienti per la compilazione in autonomia (autosomministrazione), una modalità di semplice applicazione e ridotte tempistiche molto utile ai fini delle rilevazioni dello studio.

Tutti i pazienti arruolati nello studio presentano una diagnosi clinica di obesità con altre patologie correlate, motivo per cui sono stati candidati a chirurgia bariatrica.

Il numero totale di pazienti pervenuti nel periodo dello studio è stato di 30, ma i pazienti inclusi definitivamente nello studio sono stati 29.

### **2.3 Strumenti di rilevazione, modalità e raccolta dati**

Si propongono per compilazione ai soggetti selezionati due questionari personalizzati di gradimento e si effettua quindi una valutazione complessiva sulla potenziale utilità dell'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale bariatrico per il paziente in attesa di chirurgia bariatrica.

Il primo questionario riguarda l'esperienza in prima persona del percorso bariatrico complessivo ed in particolare la qualità assistenziale, manageriale e organizzativa ricevuta nei vari step da parte dell'infermiere coordinatore di percorso. Il secondo questionario, invece, somministrato ad un gruppo di pazienti che non sono stati affiancati da questa figura specifica, riguarda l'esperienza globale in modo più approfondito e l'eventuale necessità di questa figura di supporto.

Si utilizza la metodologia di autosomministrazione, metodo utilizzato per indagini con campionamento ridotto sia in termini di numero sia in termini di tempistiche.

Gli aspetti cardine analizzati nei due questionari mirano alla rilevazione e al confronto dei dati per evidenziare aspetti positivi e criticità.

Gli obiettivi fondamentali del percorso sono far sì che si instauri un rapporto di fiducia e motivazionale tra il paziente obeso e l'equipe multidisciplinare, indirizzare il paziente nell'organizzazione di prime visite, nel piano alimentare e nella rilevazione del peso, così come nelle indagini di primo e secondo livello mirate, nella valutazione multidisciplinare, negli eventuali trattamenti farmacologici o chirurgici e nelle varie fasi del dimagrimento.

I questionari e le risposte ricevute dai soggetti arruolati sono stati raccolti presso il Servizio Ambulatorio Chirurgico 1 - Ospedale Giustiniano ed inviati all'URP dell'Azienda Ospedale-Università di Padova, che li ha validati e ha redatto un report di indagine con annessa relazione di sintesi del contenuto e dei risultati delle risposte dei questionari, grafici relativi alle risposte di ogni domanda dei due questionari, grafici riassuntivi ed elogi relativi alla parte della domanda aperta.

Il fine del report è permettere la valutazione del grado di soddisfazione dei pazienti rispetto alla qualità assistenziale erogata.

#### **2.4 Affidabilità ed analisi dei dati**

Durante il periodo dello studio (26 giugno 2023 - 25 luglio 2023) sono stati identificati in maniera casuale, con l'ausilio del coordinatore del Servizio Ambulatorio Chirurgico 1 presso l'Ospedale Giustiniano dell'Azienda Ospedale-Università di Padova, 30 soggetti sottoposti a chirurgia bariatrica, 15 per ognuno dei due gruppi identificati. Ciascun soggetto ha fornito il proprio consenso per la raccolta dei dati risultanti dai questionari, analizzati in forma anonima; in base al gruppo di appartenenza, è stato poi somministrato il questionario di gradimento e tutti i soggetti arruolati tranne uno hanno effettuato la compilazione.

I questionari e le risposte ricevute sono stati validati dall'URP dell'Azienda Ospedale-Università di Padova per valutare il grado di soddisfazione dei pazienti rispetto alla qualità assistenziale erogata.

Il numero di questionari raccolti è stato del 97% (29 questionari su 30 totali somministrati): 15 raccolti su 15 somministrati per quanto riguarda il gruppo dei pazienti che hanno ricevuto "il questionario n°1", cioè coloro che hanno affrontato il percorso bariatrico affiancati dall'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale bariatrico, mentre per "il questionario n°2", rivolto ai pazienti che hanno affrontato il percorso bariatrico senza la figura dell'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale bariatrico, sono stati raccolti 14 questionari su 15 somministrati.

Il primo questionario è costituito da 7 domande, di cui 6 a risposta chiusa con una scala di misurazione di tipo quantitativo (per nulla, poco, abbastanza, molto) e una risposta





aperta in cui vengono chiesti eventuali suggerimenti per migliorare la figura dell'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale.

Il secondo questionario è costituito da 6 domande, di cui 5 a risposta chiusa con una scala di misurazione di tipo quantitativo (per nulla, poco, abbastanza, molto) e una risposta aperta in cui vengono chiesti eventuali suggerimenti per migliorare l'assistenza durante il percorso bariatrico.

Sono stati analizzati i risultati dei due questionari e posti a confronto le varie problematiche ed i punti di forza emersi. È stata fatta infine una valutazione complessiva riguardo la potenziale utilità dell'infermiere coordinatore di percorso per il paziente candidato a chirurgia bariatrica.

**figura 7:** “Questionario conoscitivo per pazienti sottoposti ad intervento di chirurgia dell’obesità. Indagine sulla qualità percepita, anno 2023. Servizio Ambulatorio chirurgico 1 - Ospedale Giustiniano. Azienda Ospedale – Università Padova.”

 Regione del Veneto   
Azienda Ospedale-Università Padova

**QUESTIONARIO CONOSCITIVO PER PAZIENTI SOTTOPOSTI AD INTERVENTO DI CHIRURGIA DELL’OBESITA’**  
**Indagine sulla qualità percepita del servizio**  
**Giugno 2023**  
**Servizio Ambulatorio Chirurgico 1 - Ospedale Giustiniano**

Gentile signora/signore,  
si chiede cortesemente la sua collaborazione nel rispondere alle domande del seguente questionario.  
I questionari che si propongono sono due e sono rivolti ai pazienti che si sono sottoposti ad intervento di chirurgia dell’obesità.  
Alcuni dei pazienti ai quali è rivolto il questionario, durante la loro esperienza, sono stati accompagnati dalla figura dell’infermiere coordinatore di percorso – ambulatoriale mentre gli altri pazienti hanno vissuto l’esperienza senza tale figura.  
I questionari dunque si prefiggono di indagare il grado di soddisfazione rispetto alla qualità assistenziale erogata, perciò il livello di soddisfacimento percepito dai pazienti che hanno vissuto l’esperienza chirurgica.  
I dati raccolti verranno utilizzati per redigere una tesi di laurea in infermieristica di tipo applicativo-sperimentale sul ruolo dell’infermiere coordinatore di percorso – ambulatoriale e sull’esperienza dei pazienti bariatrici con quest’ultima figura.  
Le assicuriamo l’anonimato per tutelare la sua privacy ed il rispetto delle sue opinioni.

Distinti saluti. Il personale di reparto

Data .....

**1° Questionario: rivolto ai pazienti che hanno avuto la presenza dell’ infermiere coordinatore di percorso – ambulatoriale nella loro esperienza.**

1) Quanto si ritiene soddisfatto delle tempistiche riguardo alla programmazione, organizzazione ed attuazione di visite, incontri e peso?  
 Molto  
 Abbastanza  
 Poco  
 Per nulla

2) Quanto si ritiene soddisfatto del supporto ricevuto durante la programmazione, organizzazione ed attuazione di visite, incontri e peso?  
 Molto  
 Abbastanza  
 Poco  
 Per nulla

3) Avrebbe affrontato diversamente il percorso bariatrico se NON ci fosse stata una figura con la quale confrontarsi e che si fosse occupata del coordinamento e dell’organizzazione del percorso?  
 Sì  
 No

4) Quanto si ritiene soddisfatto del percorso affrontato?  
 Molto  
 Abbastanza  
 Poco  
 Per nulla

5) Quanto si ritiene soddisfatto del ruolo dell'infermiere coordinatore di percorso - ambulatoriale?

- Molto
- Abbastanza
- Poco
- Per nulla

6) Cosa cambierebbe dell'esperienza con l'infermiere coordinatore di percorso - ambulatoriale?

- Tempistiche organizzate
- Programmazione visite, incontri e peso
- Risoluzione problemi insorti
- Nulla

7) Avrebbe qualcosa da suggerire per migliorare la figura dell'infermiere coordinatore di percorso - ambulatoriale?

---

---

---

---

---

---

---

---

**2° Questionario: rivolto ai pazienti che non hanno avuto la presenza dell'infermiere coordinatore di percorso - ambulatoriale nella loro esperienza.**

1) Quanto si ritiene soddisfatto delle tempistiche riguardo alla programmazione, organizzazione ed attuazione di visite, incontri e peso?

- Molto
- Abbastanza
- Poco
- Per nulla

2) Quanto si ritiene soddisfatto e del supporto ricevuto durante la programmazione, organizzazione ed attuazione di visite, incontri e peso?

- Molto
- Abbastanza
- Poco
- Per nulla

3) Avrebbe affrontato diversamente il percorso bariatrico se ci fosse stata una figura con la quale confrontarsi e che si fosse occupata del coordinamento e dell'organizzazione del percorso?

- Sì
- No

4) Quanto si ritiene soddisfatto del percorso affrontato?

- Molto
- Abbastanza
- Poco
- Per nulla

5) Cosa cambierebbe dell'esperienza organizzativa e di programmazione del suo percorso bariatrico?

- Tempistiche organizzative
- Programmazione di visite, incontri e peso
- Risoluzione problemi insorti
- Nulla

6) Avrebbe qualcosa da suggerire per migliorare l'assistenza durante il percorso bariatrico?

---

---

---

---

---

---

---

---

## CAPITOLO 3

### Risultati

Al fine di redigere lo studio, oltre alle rilevazioni dei questionari qualitativi, si prendono in considerazione dei protocolli di ricerca già utilizzati in altri contesti, come l'introduzione della figura dell'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale nel PDTA dell'Azienda Ospedale-Università di Padova e diversi articoli di letteratura scientifica sia italiana che estera nei quali viene citata ed approfondita la figura dell'infermiere coordinatore di percorso in svariati contesti ed in chirurgia bariatrica. Gli aspetti cardine analizzati nei due questionari mirano alla rilevazione e successivamente al confronto dei dati per evidenziarne aspetti positivi e criticità. Obiettivi fondamentali del percorso sono: favorire un rapporto tra paziente obeso ed equipe multidisciplinare, indirizzare il paziente nell'organizzazione di prime visite, nel piano alimentare e nella rivalutazione del peso, supportare il paziente durante le indagini di primo e secondo livello, durante la valutazione e rivalutazione multidisciplinare con le varie figure dell'equipe, negli eventuali trattamenti farmacologici o chirurgici e nelle varie fasi del dimagrimento.

Esaminati i risultati dei dati registrati nel Report d'indagine sulla qualità percepita, anno 2023 (vedi allegato A) relativi al "Questionario conoscitivo per pazienti sottoposti ad intervento di chirurgia dell'obesità. Indagine sulla qualità percepita, anno 2023. Servizio Ambulatorio chirurgico 1 - Ospedale Giustiniano. Azienda Ospedale – Università Padova", sono stati elaborati dei grafici riassuntivi e gli aspetti emersi sono di seguito descritti per i due gruppi di pazienti.

- **Questionario sottoposto ai pazienti che nella loro esperienza hanno avuto il supporto dell'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale bariatrico (Figure 8-13).**

La maggior parte dei pazienti (87%) si ritiene molto soddisfatto sia delle tempistiche riguardo alla programmazione, organizzazione ed attuazione di visite, incontri e peso sia sul supporto ricevuto; invece, la restante parte (13%) ne è abbastanza soddisfatta. Il 73% dei pazienti riferisce che avrebbe affrontato diversamente il percorso bariatrico se non ci fosse stata una figura con la quale confrontarsi e che si fosse occupata del

coordinamento e dell'organizzazione, mentre il 27% sostiene che avrebbe affrontato ugualmente il percorso.

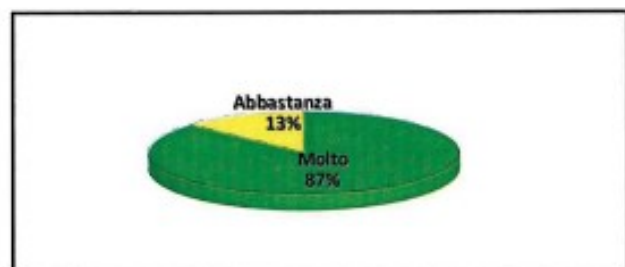
Riguardo il grado di soddisfazione sull'iter affrontato, quasi la totalità dei pazienti (93%) si palesa molto soddisfatto e solamente il 7% ne è abbastanza soddisfatto. Inoltre, il grado di soddisfazione dei pazienti in relazione al ruolo dell'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale bariatrico risulta elevato per la maggior parte dei pazienti (93%).

In relazione ad un cambiamento della propria esperienza con l'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale bariatrico, l'86% dei pazienti ha ritenuto non ci fosse nulla da cambiare, il 7% avrebbe modificato le tempistiche e il restante 7% avrebbe variato la programmazione di visite, incontri e monitoraggio del peso.

**figura 8:** Grafico riassuntivo domanda n° 1 relativa al primo questionario.

**1. Quanto si ritiene soddisfatto delle tempistiche riguardo alla programmazione, organizzazione ed attuazione di visite, incontri e peso?**

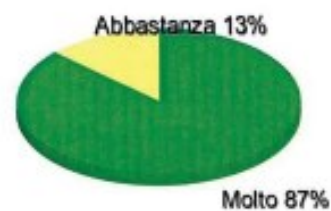
	frequenze	percentuali
Molto	13	87%
Abbastanza	2	13%
Poco	0	0%
Per nulla	0	0%
non risposto	0	0%
<b>Totale</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>



**figura 9:** Grafico riassuntivo domanda n° 2 relativa al primo questionario.

**2. Quanto si ritiene soddisfatto del supporto ricevuto durante la programmazione, organizzazione ed attuazione di visite, incontri e peso?**

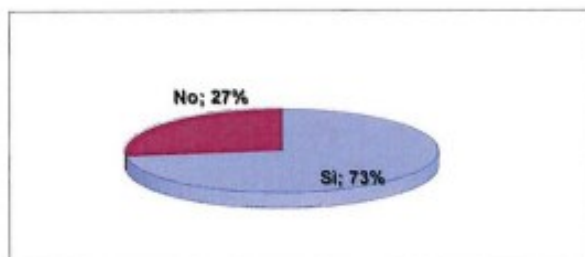
	frequenze	percentuali
Molto	13	87%
Abbastanza	2	13%
Poco	0	0%
Per nulla	0	0%
non risposto	0	0%
<b>Totale</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>



**figura 10:** Grafico riassuntivo domanda n° 3 relativa al primo questionario.

**3. Avrebbe affrontato diversamente il percorso bariatrico se NON ci fosse stata una figura con la quale confrontarsi e che si fosse occupata del coordinamento e dell'organizzazione del percorso?**

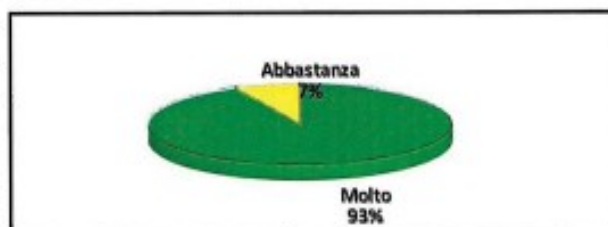
	frequenze	percentuali
Si	11	73%
No	4	27%
non risposto	0	0%
<b>Totale</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>



**figura 11:** Grafico riassuntivo domanda n° 4 relativa al primo questionario.

**4. Quanto si ritiene soddisfatto del percorso affrontato?**

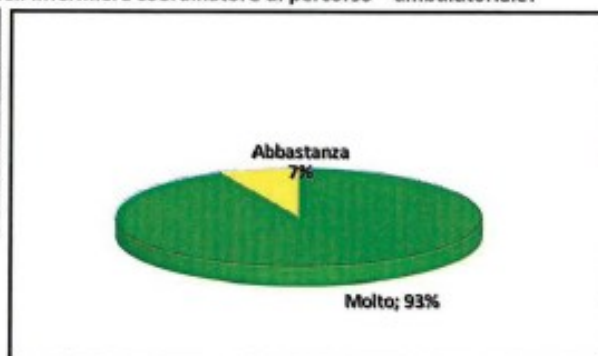
	frequenze	percentuali
Molto	14	93%
Abbastanza	1	7%
Poco	0	0%
Per nulla	0	0%
non risposto	0	0%
<b>Totale</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>



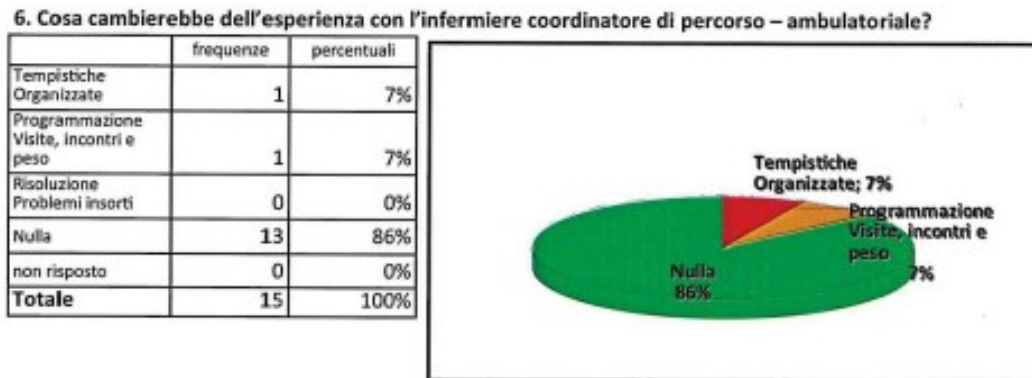
**figura 12:** Grafico riassuntivo domanda n° 5 relativa al primo questionario.

**5. Quanto si ritiene soddisfatto del ruolo dell'infermiere coordinatore di percorso – ambulatoriale?**

	frequenze	percentuali
Molto	14	93%
Abbastanza	1	7%
Poco	0	0%
Per nulla	0	0%
non risposto	0	0%
<b>Totale</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>



**figura 13:** Grafico riassuntivo domanda n° 6 relativa al primo questionario.



Sempre nel medesimo gruppo di pazienti, per quanto riguarda le domande sul grado di soddisfazione per il ruolo dell'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale (Figura 14), il percorso affrontato, il supporto ricevuto e le tempistiche relative all'organizzazione e attuazione di visite, incontri e monitoraggio del peso, tutti i pazienti (100%) hanno risposto positivamente. Tali domande davano la possibilità di rispondere "per nulla, poco, abbastanza e molto" ed i soggetti-campione hanno espresso univocamente il loro giudizio favorevole.

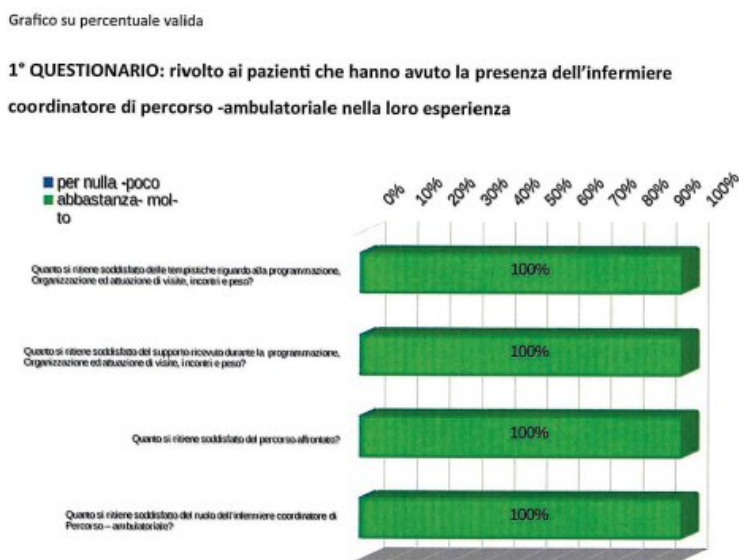
L'ultima domanda del questionario prevede una risposta aperta, che, attraverso una riflessione personale sull'esperienza vissuta in prima persona, permette al paziente di fornire suggerimenti per migliorare l'azione dell'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale (Figura 15).

Dall'analisi dei dati raccolti si notano diversi (7) elogi relativi all'esperienza vissuta, all'efficienza e alla professionalità fornita, evidenziando anche la disponibilità del personale sanitario. Ulteriori suggerimenti (2) sono stati forniti sulle tempistiche e sul tempo di attesa tra prima visita ed intervento chirurgico, peraltro non attribuibili all'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale bariatrico. Un altro suggerimento fornito dai pazienti riguarda la creazione di una più intensa rete di supporto post-operatoria, che offra follow-up mirati e personalizzati in base al percorso



affrontato dal singolo paziente, come, per esempio, in caso di complicanze intra- e post-operatorie oppure in caso di ulteriori interventi chirurgici ai quali sottoporsi.

**figura 14:** Grafico riassuntivo su percentuale valida relativo agli esiti del primo questionario, rivolto ai pazienti che hanno avuto la presenza dell'infermiere coordinatore di percorso – ambulatoriale nella loro esperienza.



**Figura 15:** Grafico riassuntivo domanda n° 7 relativa al primo questionario con elogi.

**1° QUESTIONARIO: rivolto ai pazienti che hanno avuto la presenza dell'infermiere coordinatore di percorso -ambulatoriale nella loro esperienza**

Elogi	Frequenze
Esperienza ottima, non saprei forse un maggiore coinvolgimento durante la degenza, ma comunque ottimo servizio!	1
No, sono stato sorpreso dalla vostra efficienza e professionalità nei miei confronti, un reparto di qualità mai visto	1
Ringrazio molto il Dott. Foletto che mi ha dato sicurezza e non lo scorderò facilmente	1
Per me va bene così. Non ho esperienza sufficiente nel settore molto particolare e delicato per poter esprimere un giudizio o suggerimento in particolare. Mi sono trovato benissimo e .	
devo solo ringraziare per averli avuti a fianco	1
Va bene così	1
Voglio solo fare i complimenti per la professionalità e la disponibilità accordatami da tutte le figure sanitarie che ho incontrato durante quest'anno .....	1
Nulla perché mi sono trovato benissimo	1
<b>totale elogi</b>	<b>7</b>
Tempi d'attesa	Frequenze
Il giudizio non eccellente sulle tempistiche riguarda il tempo di attesa totale tra la prima visita e l'intervento che non può essere assolutamente imputato alla figura dell'infermiera coordinatrice. Col senno di poi, comunque un anno è necessario per maturare la scelta come l'intervento bariatrico. Spero che l'eccellenza che ho trovato nel pre-intervento ci sia anche nel post-operatorio	1
<b>totale tempi d'attesa</b>	<b>1</b>
Aspetti vari	Frequenze
Essere seguito anche dopo il ricovero soprattutto se ci sono state delle problematiche. Non essere lasciati a noi stessi nonostante le complicazioni avverse durante l'intervento e complicazioni avvenute anche a casa con necessita di ulteriori interventi	1
<b>totale aspetti vari</b>	<b>1</b>
<b>Totale suggerimenti</b>	<b>9</b>



- **Questionario rivolto ai pazienti che nella loro esperienza non hanno avuto il supporto dell'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale bariatrico (Figure 16-20).**

La maggior parte dei pazienti (72%) si ritiene molto soddisfatto, sia per le tempistiche di programmazione, organizzazione ed attuazione di visite, incontri e monitoraggio del peso, sia per il supporto ricevuto, il 21% è abbastanza soddisfatto e solo il 7% si ritiene poco soddisfatto.

Il 43% dei pazienti riferisce che avrebbe affrontato diversamente il percorso bariatrico se ci fosse stata una figura con la quale confrontarsi e che si fosse occupata del coordinamento e dell'organizzazione, mentre il 57% sostiene che avrebbe affrontato ugualmente il percorso.

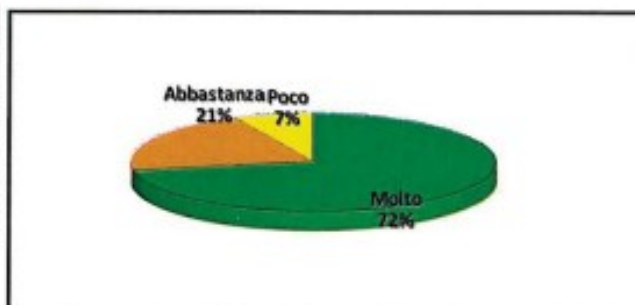
Riguardo il grado di soddisfazione sull'iter affrontato, il 79% si palesa molto soddisfatto, ma il 21% ne è abbastanza soddisfatto.

In relazione ad un cambiamento della propria esperienza organizzativa e di programmazione, il 72% dei pazienti ha ritenuto non ci fosse nulla da cambiare, il 14% avrebbe modificato le tempistiche, il 7% avrebbe variato la programmazione di visite, incontri e monitoraggio del peso e il 7%, infine, migliorerebbe l'efficienza sulla risoluzione dei problemi insorti.

**figura 16:** Grafico riassuntivo domanda n° 1 relativa al secondo questionario.

**1. Quanto si ritiene soddisfatto delle tempistiche riguardo alla programmazione, organizzazione ed attuazione di visite, incontri e peso?**

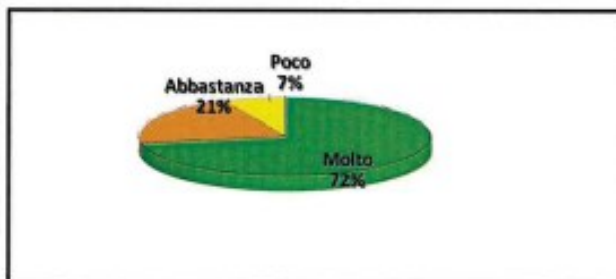
	frequenze	percentuali
Molto	10	72%
Abbastanza	3	21%
Poco	1	7%
Per nulla	0	0%
non risposto	0	0%
<b>Totale</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>



**figura 17:** Grafico riassuntivo domanda n° 2 relativa al secondo questionario.

**2. Quanto si ritiene soddisfatto e del supporto ricevuto durante la programmazione, organizzazione ed attuazione di visite, incontri e peso?**

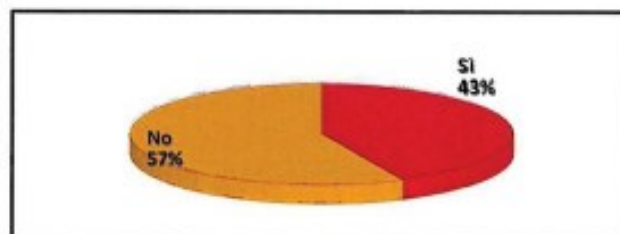
	frequenze	percentuali
Molto	10	72%
Abbastanza	3	21%
Poco	1	7%
Per nulla	0	0%
non risposto	0	0%
<b>Totale</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>



**figura 18:** Grafico riassuntivo domanda n° 3 relativa al secondo questionario.

**3. Avrebbe affrontato diversamente il percorso bariatrico se ci fosse stata una figura con la quale confrontarsi e che si fosse occupata del coordinamento e dell'organizzazione del percorso?**

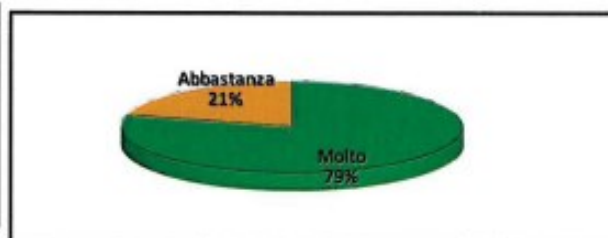
	frequenze	percentuali
Si	6	43%
No	8	57%
non risposto	0	0%
<b>Totale</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>



**figura 19:** Grafico riassuntivo domanda n° 4 relativa al secondo questionario.

**4. Quanto si ritiene soddisfatto del percorso affrontato?**

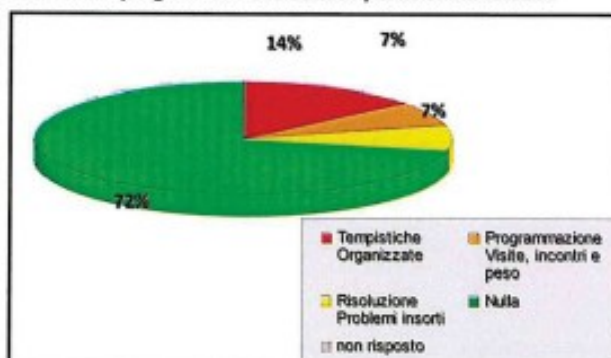
	frequenze	percentuali
Molto	11	79%
Abbastanza	3	21%
Poco	0	0%
Per nulla	0	0%
non risposto	0	0%
<b>Totale</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>



**figura 20:** Grafico riassuntivo domanda n° 5 relativa al secondo questionario.

**5. Cosa cambierebbe dell'esperienza organizzativa e di programmazione del suo percorso bariatrico?**

	frequenze	percentuali
Tempistiche Organizzate	2	14%
Programmazione Visite, incontri e peso	1	7%
Risoluzione Problemi insorti	1	7%
Nulla	10	72%
non risposto	0	0%
<b>Totale</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>



In questo secondo gruppo di pazienti (Figura 21), per quanto riguarda le domande sul grado di soddisfazione per il percorso affrontato, il supporto ricevuto e le tempistiche relative all'organizzazione e attuazione di visite, incontri e monitoraggio del peso, in minima parte (7%) i soggetti-campione sono soddisfatti "per nulla o poco", mentre il 93% ne è soddisfatto "abbastanza o molto". Differenti sono però i risultati relativi al grado di soddisfazione per il percorso affrontato, poiché si riscontra indistintamente un giudizio favorevole "abbastanza o molto".

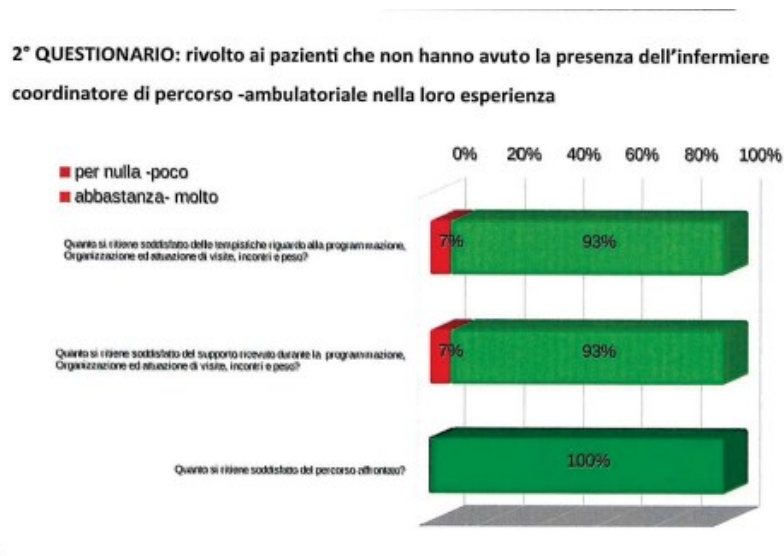
L'ultima domanda del questionario prevede una risposta aperta, che, anche in questo caso, vuole portare il paziente a fare una riflessione personale sull'esperienza vissuta e a fornire dei suggerimenti per un possibile miglioramento dell'assistenza durante l'intero percorso bariatrico (Figura 22).

Dall'analisi dei dati raccolti si rilevano elogi (5) relativi all'esperienza vissuta, alla professionalità e all'umanità del personale sanitario, ma come aspetto rilevante è emersa la necessità da parte dei pazienti di una figura che funga da punto di riferimento per spiegazioni, dubbi e chiarimenti nelle varie fasi del percorso affrontato.

Ulteriori suggerimenti (2) sulle tempistiche e sul tempo di attesa sono stati raccolti anche nel gruppo dei pazienti che non hanno avuto la figura dell'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale nella loro esperienza; essi evidenziano come un tempo di attesa e un tempo globale del percorso bariatrico prolungati potrebbero

incidere negativamente sulle motivazioni del paziente e sulla sua decisione di sottoporsi all'intervento chirurgico.

**figura 21:** Grafico riassuntivo su percentuale valida relativo agli esiti del secondo questionario, rivolto ai pazienti che non hanno avuto la presenza dell'infermiere coordinatore di percorso – ambulatoriale nella loro esperienza.



**figura 22:** Grafico riassuntivo domanda n° 6 relativa al secondo questionario con elogi.

**2° QUESTIONARIO: rivolto ai pazienti che non hanno avuto la presenza dell'infermiere coordinatore di percorso -ambulatoriale nella loro esperienza**

Elogi	Frequenze
La mia esperienza è stata positiva anche se mi sarebbe servito avere un riferimento, una persona che mi spiegasse maggiormente i diversi passaggi	1
Meglio di così non saprei	1
Io posso solamente ringraziare tutto il personale che mi ha saputo capire e seguita. Cordiale, professionale e soprattutto umano. Grazie.	1
Va bene così	1
Durante il percorso ho incontrato personale molto cordiale e sensibile. Sono molto soddisfatta. Complimenti!!!	1
<i>totale elogi</i>	<b>5</b>
Tempi d'attesa	Frequenze
Il percorso è lungo e a volte si cambia idea e poi si torna indietro. Stringere i tempi e spiegare chiaramente pro, contro e accadimenti passo passo	1
<i>totale aspetti organizzativi</i>	<b>1</b>
Aspetti vari	Frequenze
Io devo mettervi al corrente che essendo siciliana sono ripartita subito e che il prossimo controllo è tra un anno	1
<i>totale aspetti vari</i>	<b>1</b>
<i>Totale suggerimenti</i>	<b>7</b>

Dall'analisi dei dati generali raccolti nello studio è emerso un elevato livello di gradimento per quanto riguarda entrambi i gruppi di pazienti presi in considerazione, ma si è riscontrato un maggiore coinvolgimento nei pazienti che nel loro percorso hanno ricevuto il supporto dell'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale bariatrico. Inoltre, ponendo attenzione alle percentuali relative ad ogni singola domanda posta nei due questionari, possiamo vedere che il maggiore grado di soddisfazione (pari al 100%) si è riscontrato nel campione al quale è stato somministrato il primo questionario: per la domanda relativa al grado di soddisfazione per il percorso affrontato la risposta registrata è stata positiva al 100%.

Per quanto riguarda le domande a risposta aperta, al primo gruppo sono stati chiesti suggerimenti per migliorare il ruolo dell'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale bariatrico; a questa domanda hanno risposto 9 pazienti su 15 e in 7 casi si è trattato di elogi. Nel secondo gruppo sono stati chiesti suggerimenti per migliorare il percorso chirurgico affrontato e le risposte sono state 7, di cui 5 gli elogi.

Tra i pazienti del primo gruppo sono stati espressi elogi per la professionalità e la disponibilità del personale e ringraziamenti per aver potuto usufruire di un così valido supporto e sostegno quale quello dell'infermiere coordinatore di percorso, che ha permesso ai pazienti di vivere l'esperienza chirurgica con serenità grazie alle continue rassicurazioni e alle competenze dimostrate.

Si è riscontrato inoltre che tale figura è stata in grado di svolgere anche il ruolo di manager, grazie alle capacità gestionali e la capacità di indirizzare i pazienti, riuscendo allo stesso tempo a mediare tra le varie figure senza perdere di vista l'obiettivo centrale, ovvero il benessere globale del paziente.

## CAPITOLO 4

### Discussione

L'infermiere coordinatore di percorso è una figura che, seppur non molto diffusa nei vari contesti locali, si può trovare in ambiti specialistici, principalmente come assistenza ai pazienti fragili. Parlando di paziente fragile, si pensa in genere al paziente anziano, persona con disabilità o deficit socio-relazionali, che è affetto da diverse patologie e assume molteplici farmaci. Tuttavia, anche il paziente obeso ha spesso dei deficit delle capacità funzionali di base e compromissioni psico-relazionali, insieme ad altre patologie che comportano l'assunzione di differenti tipi di farmaci.

Nella complessa gestione dei soggetti fragili è importante una presa in carico globale, tenendo conto che questa tipologia di pazienti necessita di un approccio personalizzato, più che di interventi standardizzati. È proprio per un'azione mirata e individualizzata e per favorire l'integrazione dei vari percorsi di cura che in Italia, come già in paesi europei e negli Stati Uniti, sta emergendo la figura dell'infermiere coordinatore di percorso. Questa figura valorizza le competenze infermieristiche nello specifico campo operativo; infatti, per quanto riguarda il paziente fragile anziano, l'infermiere si adopera anche nell'individuazione della dimissione difficile e nella sua pianificazione, mentre per il paziente obeso si preoccupa di coordinare la pianificazione di esami, incontri e visite specialistiche e del monitoraggio del peso. (Ferrarese F., 2014)

L'infermiere coordinatore di percorso si concentra nella promozione del lavoro integrato multidisciplinare e fra diverse unità organizzative, nel coinvolgimento del paziente e del caregiver, nell'educazione del paziente e dei familiari, nella gestione dei sintomi e della terapia.

Gli infermieri coordinatori di percorso devono però avere determinati requisiti, quali:

- Esperienza presso l'unità operativa di appartenenza o analoga;
- Disponibilità ad orario flessibile in relazione ai bisogni e necessità dei pazienti e familiari;
- Conoscenza dei contesti assistenziali ospedalieri, residenziali e territoriali.

È inoltre utile da parte dell'infermiere coordinatore di percorso, come già realizzato in diversi contesti come l'UOC di Chirurgia Bariatrica dell'Ospedale di Padova o

l'UOC di Geriatria dell'Ospedale San Bonifacio di Verona, l'attivazione di un numero telefonico dedicato ed attivo durante tutta la settimana, a disposizione dei pazienti per informazioni o richieste di chiarimento.

L'introduzione dell'infermiere coordinatore di percorso rappresenta per la professione infermieristica un'importante opportunità di sviluppo professionale e permette nello stesso tempo di migliorare la gestione del paziente e di ottimizzare i costi. (Azienda Provinciale Servizi Sanitari di Trento, 2009)

Nel Centro di Chirurgia Bariatrica della Casa di Cura Salus di Battipaglia è prevista la presenza del Patient Manager, un infermiere che si occupa della pianificazione e dell'organizzazione del percorso assistenziale del paziente obeso. Questa figura si può paragonare all'infermiere coordinatore di percorso dell'UOC dedicata di Padova, poiché in entrambi i casi si pone alla base dell'assistenza infermieristica una relazione di fiducia con il paziente e con la sua famiglia, creando un ambiente favorevole al dialogo e al confronto.

Il fulcro d'azione comune ad entrambe le figure sta nel garantire l'assistenza continua ascoltando il paziente, le sue esigenze personali, cliniche e sociali dunque prendendo in causa l'aspetto umano senza mai tralasciare quello assistenziale e clinico. Punto di forza è la collaborazione con il Team multidisciplinare che tende ad attuare un lavoro di squadra coordinato e facilitato proprio dall'infermiere coordinatore di percorso (o Patient manager, nel centro di Battipaglia), che in tutte le fasi è mediatore del percorso assistenziale ed educativo del paziente e rappresenta un perno nella fase di accoglienza, di preparazione all'intervento bariatrico (fisica, psicologica, educativa) e di riabilitazione post-intervento fino alla dimissione. Pur svolgendo la sua attività in piena autonomia e responsabilità, il suo ruolo si sviluppa in ogni caso in coordinazione con tutto il Team bariatrico, (Majocchi, 2021)

La figura dell'infermiere coordinatore bariatrico è stata delineata inizialmente negli Stati Uniti, grazie all'intervento dell'American Society for Metabolic & Bariatric Surgery, che ha individuato la necessità di una figura di supporto per pazienti e personale all'interno del programma bariatrico.

L'infermiere coordinatore bariatrico d'oltreoceano è rivolto maggiormente alla formazione continua del personale sanitario dedicato e degli studenti, così da

contribuire al miglioramento della qualità fornita; seguendo le “Nurse Practice Act” e la gestione del processo di accreditamento, può garantire la conformità continua secondo i requisiti richiesti dal “Metabolic and Bariatric Surgery Accreditation and Quality Improvement Program”. (Bariatric Coordinator, 2021)

All'interno dell'equipe sanitaria multidisciplinare, l'infermiere coordinatore bariatrico funge da coordinatore del programma bariatrico, attraverso la pianificazione, l'implementazione e la valutazione di nuovi metodi di apprendimento. Si occupa inoltre della comunicazione ed educazione del paziente, della raccolta dati, dell'assistenza clinica e del supporto nella fase pre- e post-operatoria, revisiona le valutazioni specialistiche e psichiatriche dei pazienti e le propone nei vari incontri per la discussione multidisciplinare nel team bariatrico.

Negli Stati Uniti, per esercitare questo ruolo è richiesta una licenza valida di infermiere registrata o preferibilmente una laurea triennale conseguita in un college o università, oltre a cinque anni di esperienza infermieristica (di cui almeno tre nell'area bariatrica) e alla certificazione/formazione CPR (certificazione RCP) nella gestione del paziente bariatrico. (ASMBS American Society for Metabolic and Bariatric Surgery, 2014)

In Gran Bretagna, l'infermiere bariatrico specializzato è parte integrante del team bariatrico e fornisce supporto ed educazione ai pazienti sia prima sia dopo l'intervento chirurgico, agendo anche in questo caso come facilitatore della comunicazione verso il paziente e all'interno dell'equipe multidisciplinare. Il ruolo dell'infermiere bariatrico specializzato in Gran Bretagna non è ufficialmente riconosciuto come negli Stati Uniti, che prevedono una certificazione dall'American Society for Metabolic & Bariatric Surgery già dal 2017, né esiste un profilo standardizzato e validato con determinate competenze e titoli da conseguire obbligatoriamente. La mancata definizione del ruolo dell'infermiere specializzato bariatrico all'interno del team multidisciplinare può comportare un aumento degli sforzi lavorativi e eventuali conflitti tra i vari membri del personale sanitario, con possibile influenza negativa sul percorso del paziente verso il dimagrimento. Il ruolo dell'infermiere specialista bariatrico, in Gran Bretagna si presenta però quasi all'opposto rispetto a quello americano, dato che manca di consensi legislativi, formazione e chiarimenti operativi.



Potrebbe essere utile, dunque, utilizzare dei modelli come quelli presenti nel programma di certificazione statunitense, adattandoli al contesto del National Health Service (Sistema Sanitario Nazionale Britannico). (Graham, 2019)

Anche in Francia esiste l'infermiere coordinatore di chirurgia bariatrica, figura evoluta grazie all'incremento demografico di obesi nella popolazione nazionale, l'integrazione di questa figura importante nei contesti bariatrici, infatti, è stata avvantaggiata dallo sviluppo e dalla repentina diffusione in breve tempo della chirurgia bariatrica.

L'esperienza sperimentale riguardo l'introduzione dell'infermiere coordinatore di chirurgia bariatrica è maturata attraverso uno studio pilota condotto in due centri integrati per l'obesità, quello di Parigi e Lille.

Nel 1986 ha preso vita il coordinamento infermieristico e si è evoluto nel tempo; inizialmente, infatti, riguardava solo l'ambito relativo al prelievo di tessuti e organi per trapianti, poi si è ampliato verso l'oncologia fino a divenire un vero e proprio "coordinamento del percorso assistenziale". Si è giunti dunque ad ampliare il coordinamento anche a svariate patologie croniche che richiedono un percorso assistenziale multidisciplinare e complesso, con una corrispondente evoluzione delle competenze infermieristiche necessarie.

Nel 2010, un gruppo di infermieri all'interno dell'American Society of Metabolic and Bariatric Surgery ha definito per la prima volta il ruolo degli infermieri bariatrici, data la necessità di fornire ai pazienti obesi un percorso assistenziale personalizzato, ottimale ed efficiente e al team multidisciplinare bariatrico un supporto nell'organizzazione e nel coordinamento delle attività assistenziali, collaborando anche con strutture esterne coinvolte nella gestione del paziente. La presenza dell'infermiere coordinatore bariatrico contribuisce a migliorare la qualità assistenziale sulla base dei protocolli stabiliti, perché può creare con il paziente una relazione terapeutica efficace per il raggiungimento dell'obiettivo finale, con interventi di educazione sanitaria e con la partecipazione agli incontri multidisciplinari in ogni fase del percorso. Inoltre, a livello organizzativo, coordina il monitoraggio dei pazienti, si occupa delle comunicazioni relative all'assistenza e aggiorna quotidianamente la cartella clinica garantendone la tracciabilità lungo tutto il percorso.

A Lille in Francia gli infermieri coordinatori bariatrici sono integrati nel team multidisciplinare e contribuiscono a migliorare l'assistenza pre- e post-operatoria e durante il follow-up. L'infermiere coordinatore di percorso rappresenta per il paziente un referente esperto, in grado di fornire supporto personalizzato anche telefonico e di aumentare il coinvolgimento del paziente nel suo percorso di cura. La professione infermieristica, dunque, evolve parallelamente ai bisogni sanitari e alle necessità gestionali dei pazienti obesi che sono, purtroppo, una popolazione in costante aumento. Per mantenere e garantire un'assistenza di qualità, l'infermiere coordinatore bariatrico può rappresentare un anello essenziale sia per il paziente sia per l'equipe medico-chirurgica, cercando quindi di proporre agli ultimi, nuovi studi e innovazioni in ambito pratico così da permettere l'attuazione continua di pratiche avanzate promuovendo in questo modo sia l'esperienza acquisita nell'ambito specialistico, sia la formazione riconosciuta e validata tramite l'aggiornamento continuo (Lorenzo P., 2016)

L'obiettivo di questa tesi è comprendere quale sia il ruolo dell'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale bariatrico e se la sua presenza possa rivestire un'importanza tale nel percorso chirurgico del paziente obeso da poter migliorare notevolmente tutte le variabili che incidono nelle fasi pre- e post-operatorie.

Dal lavoro di tesi svolto si evince che l'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale bariatrico può rivestire un ruolo chiave nelle strutture ospedaliere in cui vi sia una chirurgia bariatrica. Dato l'aumento dei pazienti obesi nella popolazione italiana e la necessità per parte di essi di rivolgersi al chirurgo per un intervento mirato, sarebbe opportuno che tale figura infermieristica fosse presente in questo contesto con un ruolo definito e riconosciuto. In questo modo, prendendo in carico globalmente il paziente obeso e coordinando le attività mirate agli aspetti psicologici e relazionali, nonché organizzativi e gestionali, può notevolmente agevolare l'iter terapeutico di questa categoria di pazienti fragili, evitando che il paziente si senta solo nel percorso di cura e fornendo quindi un'assistenza di elevata qualità.

Egli funge da mediatore tra i diversi specialisti del team multidisciplinare e tra il personale del reparto chirurgico e il paziente stesso e coordina i diversi passaggi

dell'iter preoperatorio mantenendo al centro di ogni attività le necessità e le priorità del paziente.

Dall'analisi della letteratura scientifica sull'argomento, l'infermiere coordinatore di percorso bariatrico emerge sia nel contesto nazionale sia internazionale (in Francia, Gran Bretagna e Stati Uniti) come una figura con ruolo facilitatore, che può incidere positivamente nel percorso di cura, interagendo con il team multidisciplinare, con il paziente e con la sua famiglia, accelerando pratiche gestionali ordinarie e contribuendo ad aumentare la produttività del reparto e, in ultima analisi, migliorando la qualità delle prestazioni erogate.

Inoltre, nei vari paesi e anche nel contesto padovano, la presenza di questa figura permette di dare maggiore attenzione alle esigenze e alle richieste del paziente, di individualizzare alcune fasi di un percorso già prestabilito, ben definito e standardizzato, e, restando a fianco del paziente nelle varie fasi, di completare il percorso di cura. Il paziente obeso che intraprende il percorso chirurgico, infatti, è quotidianamente pervaso da mille dubbi ed incertezze molto spesso legate alla paura dell'intervento chirurgico imminente. Le stesse paure ricadono, e alcune volte anche provengono, dai familiari stessi, per cui è molto importante informare ed educare sin dall'inizio sia il paziente sia i suoi familiari perché siano consapevoli di ciò che dovranno affrontare e dei benefici che ne potranno derivare, in modo che possano proseguire con serenità e in modo coeso il percorso intrapreso.

A questa figura infermieristica, dedicata ad un ambito sanitario specifico, sono richieste competenze particolari in ambito relazionale, organizzativo e progettuale, ma a livello nazionale ed europeo c'è tuttora poca chiarezza e scarsa definizione del suo ruolo, testimoniato anche dal fatto che gli sono attribuiti nomi diversi nei diversi Paesi e senza nessuna identificazione precisa. Questo infermiere particolare merita di trovare anche a livello europeo un ruolo definito, dato il valore aggiunto che rappresenta nel percorso di cura del paziente obeso, per cui si auspica che possa diventare in un prossimo futuro, una figura riconosciuta e certificata, come negli Stati Uniti.

Proprio per il fatto di non essere ancora una figura infermieristica riconosciuta, l'infermiere coordinatore bariatrico nella realtà padovana si occupa principalmente del paziente obeso nella fase preoperatoria, seppure con minuziosa attenzione e

massima professionalità, ma non in maniera globale per tutto il suo percorso, dalla fase di pre degenza fino a due anni dopo l'intervento chirurgico, come avviene invece negli altri centri considerati nell'analisi proposta.

Un'altra differenza sostanziale tra il contesto americano e quello di Padova è che l'infermiere coordinatore bariatrico, essendo negli Stati Uniti una figura certificata, è sottoposto a formazione continua in funzione della specificità del ruolo che svolge, mentre invece a Padova, come in Francia, essendo ancora una figura in via di definizione, deve mettere in atto e far emergere le proprie doti personali di relazione ed empatia, piuttosto che ricevere una formazione specifica e un periodico aggiornamento.

Negli articoli presi in esame, è evidente che tutti i pazienti hanno vissuto l'esperienza chirurgica accompagnati dall'infermiere coordinatore di percorso in maniera positiva, riscontrando vantaggi sotto vari aspetti.

Nello studio effettuato presso l'Ambulatorio Chirurgico 1 dell'Ospedale Giustiniano, i pazienti hanno espresso tramite i questionari conoscitivi un indice di gradimento elevato, facendo così emergere come questa figura infermieristica abbia avuto un'ottima influenza nel percorso bariatrico.

L'ipotesi di questo lavoro di tesi, avvalorata in primis nella ricerca personale, è stata quindi confermata sul campo e ampiamente condivisa dai pazienti; essi hanno infatti dimostrato, non solo attraverso le risposte del questionario somministrato, che l'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale bariatrico ha reso più agevole e confortevole il percorso di cura e ha permesso loro, grazie all'elevata qualità assistenziale e partecipazione al loro vissuto, di concludere l'iter serenamente e arrivare tranquillamente ad affrontare l'intervento di chirurgia bariatrica. I pazienti, dunque, non si sono risparmiati nell'esprimere la propria gratitudine verso il personale dedicato, palesando la loro soddisfazione per l'esperienza positiva vissuta e per essere riusciti a prendere consapevolezza della gravità della propria condizione, rendendolo un punto di forza per affrontare il processo di dimagrimento e migliorare la propria qualità di vita.



## **CAPITOLO 5**

### **Conclusioni**

In questo studio è stato valutato il grado di soddisfazione dei pazienti che si sono sottoposti ad intervento di chirurgia bariatrica presso l'UOC dedicata dell'Azienda Ospedale-Università di Padova, in particolare riguardo l'esperienza nella fase preoperatoria e la figura dell'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale bariatrico. Sono stati posti a confronto due gruppi differenti tra loro: un gruppo di pazienti ha affrontato la sua esperienza chirurgica affiancato dall'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale bariatrico, mentre l'altro gruppo non ha avuto il supporto di tale figura.

Il livello di gradimento è risultato elevato in entrambi i gruppi presi in analisi e, in particolare, nel gruppo di pazienti che hanno avuto il supporto dell'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale bariatrico è stata percepita una maggiore qualità assistenziale.

Nonostante il risultato positivo di entrambi i gruppi, valutando attentamente i dati rilevati, si è accertato che il gruppo di pazienti che è stato affiancato dall'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale bariatrico ha rilevato univocamente vantaggi per quanto riguarda le tempistiche, la programmazione e l'attuazione di visite, incontri e monitoraggio del peso. Il gruppo ha riscontrato inoltre indubbi benefici dal punto di vista relazionale; la presenza di questa figura infermieristica all'interno del processo di cura, infatti, ha permesso loro di vivere l'esperienza chirurgica con consapevolezza e serenità grazie alla professionalità e alla disponibilità offerta.

Questo studio, nonostante il limite di un campione di dimensione contenute, attraverso i pareri positivi espressi dai pazienti sul ruolo di questa figura dedicata, avvalorando ulteriormente i risultati emersi dagli articoli considerati e indica che l'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale bariatrico può essere realmente d'aiuto per pazienti e professionisti sanitari, poiché facilita il lavoro e le interazioni all'interno dell'equipe, coordina staff e pazienti, gestisce ed organizza visite, incontri, indagini e monitoraggi, ma allo stesso tempo supporta ed indirizza i pazienti nel loro percorso.

Sarà importante prendere in considerazione, da parte delle istituzioni, nel prossimo futuro, l'introduzione e la definizione precisa della figura dell'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale bariatrico come già avvenuto negli Stati Uniti, sia nel contesto locale sia nazionale ed europeo. Inoltre, sarebbe rilevante che questa figura infermieristica di coordinamento fosse introdotta e riconosciuta anche in altri ambiti sanitari specialistici.

La revisione degli articoli della letteratura scientifica e di esperienze cliniche riportate sul web ha ulteriormente confermato che questa figura infermieristica ha assunto un ruolo fondamentale in tutti i Paesi dove è stata sperimentata e ancor di più in America dove è stata regolamentata. Gli articoli e le esperienze considerate hanno ampiamente dimostrato quanto sia utile inserire questa figura infermieristica in diversi ambiti sanitari, non solo a vantaggio dei pazienti, dell'equipe e delle famiglie (che ne traggono benefici in maniera diretta), ma anche per dare una spinta qualitativa alla professione in sé.

Lo sviluppo e l'introduzione definitiva di tale figura, nonché l'ampliamento in altri contesti, potrebbe apportare un netto miglioramento nel servizio sanitario e dare maggiore dignità al ruolo dell'infermiere. Partendo infatti da quello che un tempo era l'infermiere generico, passando al più recente infermiere professionale, si potrebbe giungere ad una figura infermieristica specializzata in grado non solo di eseguire, ma anche di pianificare, organizzare e coordinare un percorso assistenziale definito e, come parte integrante di un'equipe multidisciplinare, dare anche la propria opinione per eventuali scelte assistenziali e organizzative.

Valorizzazione di una risorsa umana che risulta essere ricchezza per tanti: questo l'obiettivo a cui tendere nella possibilità di regolarizzare e diffondere la figura dell'infermiere coordinatore di percorso ambulatoriale bariatrico.

## **BIBLIOGRAFIA:**

**ISS: Istituto Superiore di Sanità.** - L'epidemiologia per la sanità pubblica-Obesità.

2023. Tratto da: <https://www.epicentro.iss.it/obesita/epidemiologia-italia>

**Spinelli A., Nardone P.** - Obesità: il rapporto 2022 dell'OMS Europa. 2022. Tratto

da: <https://www.epicentro.iss.it/obesita/report-obesita-oms-2022>

**Ministero della Salute.** OMS -Obesità. 2021. Tratto da:

[https://www.salute.gov.it/portale/nutrizione/dettaglioContenutiNutrizione.jsp?lingua=italiano&id=5510&area=nutrizione&menu=vuoto#:~:text=coordinata%20dall'ISS%2C%20sulla%20popolazione,obeso%20\(BMI%20%E2%89%A5%2030\).](https://www.salute.gov.it/portale/nutrizione/dettaglioContenutiNutrizione.jsp?lingua=italiano&id=5510&area=nutrizione&menu=vuoto#:~:text=coordinata%20dall'ISS%2C%20sulla%20popolazione,obeso%20(BMI%20%E2%89%A5%2030).)

**Papa G.** -Cura delle disfunzioni causa di obesità. 2023. Tratto da:

<https://www.giuseppepapa.it/aree-di-intervento/cura-delle-disfunzioni-causa-di-obesita/>

**Purnell J.Q.** -Definition, Classification and Epidemiology of Obesity. National

Institute of Health. National Library of Medicine. 2023.Tratto da:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279167/>

**Humanitas.** -Obesità. Tratto da: <https://www.humanitas.it/malattie/obesita/>

**Battezzati A., Bertoli S., Beggio V., Spadafranca A., Merati G.**- Terapie educative dell'obesità e del sovrappeso in età evolutiva. 2014. Tratto da:

[https://www.iss.it/documents/20126/1915304/Terapie\\_educative\\_dell\\_obesita.pdf/8e9494e9-13c4-f41c-070e-bd6ac0e916af?t=1576445917404](https://www.iss.it/documents/20126/1915304/Terapie_educative_dell_obesita.pdf/8e9494e9-13c4-f41c-070e-bd6ac0e916af?t=1576445917404)

**Iovino G.,** -Qual è la differenza tra obesità androide e ginoide?.2022. Tratto da:

<https://www.giuseppeiovino.com/qual-e-la-differenza-tra-obesita-androide-e-ginoide/#:~:text=Misura%20la%20tua%20vita%20nel,si%20tratta%20di%20obesit%C3%A0%20ginoide.>



**Testa R.M.** - Obesità e iperproduzione di insulina. 2021. Tratto da sito web Humanitas: <https://www.gavazzeni.it/news/obesita-e-iper-produzione-di-insulina/>

**Cadirni A.** – Iperinsulinismo.2017.

Tratto da: <https://www.diabetologacadirnisiena.it/iperinsulinismo>

**Iovino G.,** - Obesità e diabete sono collegati, scopri perché. 2021.

Tratto da: <https://www.giuseppeiovino.com/obesita-e-diabete-sono-collegati-scopri-perche/#:~:text=Si%20potrebbe%20quindi%20concludere%20che,quella%20autoimmune%20e%20quella%20metabolica.>

**ISS: Istituto Superiore di Sanità.** - Farmaci per il trattamento dell'obesità autorizzati al commercio in Italia. 2020. Tratto da:

[https://www.iss.it/prodotti-per-il-controllo-del-peso/-/asset\\_publisher/S27m3JVjGST7/content/farmaci-per-il-trattamento-dell-obesita%3%A0-autorizzati-al-commercio-in-italia#:~:text=Allo%20stato%20attuale%2C%20i%20farmaci,%2C%20liraglutide%2C%20bupropione%2Fnaltraxone.](https://www.iss.it/prodotti-per-il-controllo-del-peso/-/asset_publisher/S27m3JVjGST7/content/farmaci-per-il-trattamento-dell-obesita%3%A0-autorizzati-al-commercio-in-italia#:~:text=Allo%20stato%20attuale%2C%20i%20farmaci,%2C%20liraglutide%2C%20bupropione%2Fnaltraxone.)

**Mével K.** -Chirurgie bariatrique et éducation thérapeutique du patient. Elsevier, 2015.

Tratto da: Banca dati Pubmed. DOI: 10.1016/j.revinf.2015.09.011

**Wirth A., Wabitsch M., Hauner H.** -The prevention and treatment of obesity, Deutsches Ärzteblatt International, 2014. Tratto da: Banca dati Pubmed DOI: 10.3238/arztebl.2014.0705

**De Lorenzo A., Maiolo C., D'Agostino G., Arcudi G.**-Linee guida e negligenza nel trattamento dell'obesità, 2006. Tratto da: Banca dati Pubmed.

**Sbraccia P., Muratori F., Santini F., Busetto L., Caretto A., Caregaro A., Negrin L., Paolini B.** -Standard italiani per la cura dell'obesità. SIO-ADI, 2016-2017. Tratto da:

<https://www.sio-obesita.org/wp-content/uploads/2017/09/STANDARD-OBESITA-SIO-ADI.pdf>

**Azienda Ospedale-Università di Padova.** -Percorso Assistenziale Paziente Obeso Adulto,2023.

**Prevedello L., Meneghello E., Foletto M.** -Scheda informativa intervento Chirurgia Bariatrica e Metabolica. 2019. Tratto da:

<https://www.aopd.veneto.it/mys/apridoc/iddoc/751>

**Ferrarese F., Faccini M., Tommasi S., Tosoni P., Bozzini C., Gazzola B., Pomari C., Bovo C., Bellamoli C.** -L' infermiere coordinatore di percorso nella pianificazione della dimissione dell'anziano fragile. I luoghi della cura. 2014. Tratto da sito web "I luoghi della cura":

<https://www.luoghicura.it/operatori/professioni/2014/06/linfermiere-coordinatore-di-percorso-nella-pianificazione-della-dimissione-dellanziano-fragile/>

**Azienda Provinciale Servizi Sanitari Trento.** -L'infermiere coordinatore di percorso, con funzione di facilitatore organizzativo nella dimissione pianificata e protetta, a garanzia della continuità ospedale-territorio. XV CONGRESSO NAZIONALE IPASVI FIRENZE, 2009. Tratto da:

[https://www.opivenezia.it/images/documentazione/documenti/congresso\\_2009\\_ricerca.pdf](https://www.opivenezia.it/images/documentazione/documenti/congresso_2009_ricerca.pdf)

**Majocchi V.** -Il team di infermieri del Centro di Battipaglia: un punto fermo per il paziente in tutto il percorso bariatrico. Centro di Chirurgia Bariatrica della Casa di Cura Salus, Battipaglia, 2021. Tratto da sito web "Una vita su misura":

<https://www.unavitasumisura.it/team-infermieri-battipaglia-percorso-bariatrico/>

**Bariatric Coordinator.Chan Soon Shiong Medical Center at Windber, 2021.**

Tratto da:

<https://www.windbercare.org/careers/bariatric-coordinator/>

**ASMBS IHCIGC.** -Job Description for Metabolic and Bariatric Surgery (MBS) Coordinator. Integrated Health Clinical Issues and Guidelines Committee, 2014.

Tratto da sito web di American Society of Metabolic and Bariatric Surgery:

<https://asmbs.org/app/uploads/2017/12/Samp-Job-Description-for-Metabolic-and-Bariatric-Surgery-MBS-Coordinator.pdf>

**Graham Y.** -Why we need to define nurses' role in bariatric patient care.Nursing Time, 2019. Tratto da:



<https://emap-moon-prod.s3.amazonaws.com/wp-content/uploads/sites/3/2019/05/190508-Why-we-need-to-define-nurses-role-in-bariatric-patient-care.pdf>

**Lorenzo P., Magrit S., Genser L., Helbert L., Skorupinski J.** -Le rôle de l'infirmière de coordination en chirurgie bariatrique. Elsevier,2016. Tratto da:

<https://www.em-consulte.com/article/1098854/le-role-de-l-infirmiere-de-coordination-en-chirurg>

## ALLEGATI:

**Allegato 1:** Questionari conoscitivi per pazienti sottoposti ad intervento di Chirurgia dell'Obesità, documento validato dall'URP presso l'Azienda Ospedale-Università di Padova.

	Regione del Veneto Azienda Ospedale-Università Padova	
---	--	---

**QUESTIONARIO CONOSCITIVO PER PAZIENTI SOTTOPOSTI AD INTERVENTO DI CHIRURGIA DELL'OBESITA'**  
**Indagine sulla qualità percepita del servizio**  
**Giugno 2023**  
Servizio Ambulatorio Chirurgico 1 - Ospedale Giustiniano

Gentile signora/signore,  
si chiede cortesemente la sua collaborazione nel rispondere alle domande del seguente questionario.  
I questionari che si propongono sono due e sono rivolti ai pazienti che si sono sottoposti ad intervento di chirurgia dell'obesità.  
Alcuni dei pazienti ai quali è rivolto il questionario, durante la loro esperienza, sono stati accompagnati dalla figura dell'infermiere coordinatore di percorso – ambulatoriale mentre gli altri pazienti hanno vissuto l'esperienza senza tale figura.  
I questionari dunque si prefiggono di indagare il grado di soddisfazione rispetto alla qualità assistenziale erogata, perciò il livello di soddisfacimento percepito dai pazienti che hanno vissuto l'esperienza chirurgica.  
I dati raccolti verranno utilizzati per redigere una tesi di laurea in Infermieristica di tipo applicativo-sperimentale sul ruolo dell'infermiere coordinatore di percorso – ambulatoriale e sull'esperienza dei pazienti bariatrici con quest'ultima figura.  
Le assicuriamo l'anonimato per tutelare la sua privacy ed il rispetto delle sue opinioni.

Distinti saluti. Il personale di reparto

Data .....

**1° Questionario: rivolto ai pazienti che hanno avuto la presenza dell' infermiere coordinatore di percorso – ambulatoriale nella loro esperienza.**

1) Quanto si ritiene soddisfatto delle tempistiche riguardo alla programmazione, organizzazione ed attuazione di visite, incontri e peso?  
 Molto  
 Abbastanza  
 Poco  
 Per nulla

2) Quanto si ritiene soddisfatto del supporto ricevuto durante la programmazione, organizzazione ed attuazione di visite, incontri e peso?  
 Molto  
 Abbastanza  
 Poco  
 Per nulla

3) Avrebbe affrontato diversamente il percorso bariatrico se NON ci fosse stata una figura con la quale confrontarsi e che si fosse occupata del coordinamento e dell'organizzazione del percorso?  
 Sì  
 No

4) Quanto si ritiene soddisfatto del percorso affrontato?  
 Molto  
 Abbastanza  
 Poco  
 Per nulla

5) Quanto si ritiene soddisfatto del ruolo dell'infermiere coordinatore di percorso - ambulatoriale?

- Molto
- Abbastanza
- Poco
- Per nulla

6) Cosa cambierebbe dell'esperienza con l'infermiere coordinatore di percorso - ambulatoriale?

- Tempistiche organizzate
- Programmazione visite, incontri e peso
- Risoluzione problemi insorti
- Nulla

7) Avrebbe qualcosa da suggerire per migliorare la figura dell'infermiere coordinatore di percorso - ambulatoriale?

---

---

---

---

---

---

---

---

**2° Questionario: rivolto ai pazienti che non hanno avuto la presenza dell'infermiere coordinatore di percorso - ambulatoriale nella loro esperienza.**

1) Quanto si ritiene soddisfatto delle tempistiche riguardo alla programmazione, organizzazione ed attuazione di visite, incontri e peso?

- Molto
- Abbastanza
- Poco
- Per nulla

2) Quanto si ritiene soddisfatto e del supporto ricevuto durante la programmazione, organizzazione ed attuazione di visite, incontri e peso?

- Molto
- Abbastanza
- Poco
- Per nulla

3) Avrebbe affrontato diversamente il percorso bariatrico se ci fosse stata una figura con la quale confrontarsi e che si fosse occupata del coordinamento e dell'organizzazione del percorso?

- Sì
- No

4) Quanto si ritiene soddisfatto del percorso affrontato?

- Molto
- Abbastanza
- Poco
- Per nulla

5) Cosa cambierebbe dell'esperienza organizzativa e di programmazione del suo percorso bariatrico?

- Tempistiche organizzative
- Programmazione di visite, incontri e peso
- Risoluzione problemi insorti
- Nulla

6) Avrebbe qualcosa da suggerire per migliorare l'assistenza durante il percorso bariatrico?

---

---

---

---

---

---

---

---

**Allegato 2:** Report di indagine sulla qualità percepita dell'anno 2023 relativo ai questionari conoscitivi per pazienti sottoposti ad intervento di Chirurgia dell'Obesità, documento validato dall'URP presso l'Azienda Ospedale-Università di Padova.

Questionario conoscitivo per pazienti sottoposti ad intervento di chirurgia dell'obesità  
Indagine sulla qualità percepita, anno 2023  
Servizio Ambulatorio Chirurgico 1 - Ospedale Giustiniano  
Azienda Ospedale - Università Padova



**Regione del Veneto**  
**Azienda Ospedale - Università Padova**

## **Questionario conoscitivo per pazienti sottoposti ad intervento di chirurgia dell'obesità**

**Servizio Ambulatorio Chirurgico 1 – Ospedale Giustiniano**

# **REPORT DI INDAGINE SULLA QUALITÀ PERCEPITA ANNO 2023**

### **Somministrazione questionari:**

<b>Periodo</b>	26 giugno 2023 – 25 luglio 2023
<b>Numero questionari somministrati</b>	30
<b>Numero questionari raccolti</b>	29
	<b>97%</b>

Numero questionari raccolti 1° Questionario	15
Numero questionari raccolti 2° Questionario	14

Ufficio Relazioni con il Pubblico  
28/07/2023

Stampato con Carbonium

## RELAZIONE di sintesi

Questa indagine è stata realizzata tramite la somministrazione di due questionari rivolti ai pazienti che si sono sottoposti ad intervento di chirurgia dell'obesità del Servizio Ambulatorio Chirurgico I - Ospedale Giustiniano - Azienda Ospedale - Università Padova, nel periodo da giugno a luglio 2023, con il fine di valutare il grado di soddisfazione dei pazienti rispetto alla qualità assistenziale erogata, perciò il livello di soddisfacimento percepito dai pazienti che hanno vissuto l'esperienza chirurgica.

Alcuni dei pazienti ai quali è rivolto il questionario, durante la loro esperienza, sono stati accompagnati dalla figura dell'infermiere coordinatore di percorso - ambulatoriale, mentre gli altri pazienti hanno vissuto l'esperienza senza tale figura.

Si precisa che si utilizza la metodologia dell'autosomministrazione<sup>1</sup>.

Sono stati consegnati questionari a 30 pazienti e ne sono stati restituiti compilati 29 (97%). In particolare sono stati raccolti 15 moduli compilati del primo questionario e 14 del secondo questionario.

Il **primo questionario**, rivolto ai pazienti che hanno avuto la presenza dell'infermiere coordinatore di percorso - ambulatoriale, è costituito da 7 domande di cui 6 a risposta chiusa - alcune con una scala di misurazione di tipo quantitativo (per nulla, poco, abbastanza, molto) - e una a risposta aperta, in cui vengono chiesti eventuali suggerimenti per migliorare la figura dell'infermiere coordinatore di percorso - ambulatoriale.

Per le domande sono state prese in esame alcune variabili della qualità percepita.

In sintesi si evidenziano alcuni risultati delle singole variabili del primo questionario (ev. grafico riassuntivo):

- la valutazione **"abbastanza-molto"** risulta essere per:
  - la soddisfazione delle tempistiche riguardo alla programmazione, organizzazione ed attuazione di visite, incontri e peso, per il 100%
  - la soddisfazione del supporto ricevuto durante la programmazione, organizzazione ed attuazione di visite, incontri e peso, per il 100%
  - la soddisfazione del percorso affrontato, per il 100%
  - la soddisfazione del ruolo dell'infermiere coordinatore di percorso - ambulatoriale, per il 100%

Il **secondo questionario**, rivolto ai pazienti che non hanno avuto la presenza dell'infermiere coordinatore di percorso - ambulatoriale, è costituito da 6 domande di cui 5 a risposta chiusa - alcune con una scala di misurazione di tipo quantitativo (per nulla, poco, abbastanza, molto) - e una a risposta aperta, in cui vengono chiesti eventuali suggerimenti per migliorare l'assistenza durante il percorso bariatrico.

Per le domande sono state prese in esame alcune variabili della qualità percepita.

In sintesi si evidenziano alcuni risultati delle singole variabili del secondo questionario (ev. grafico riassuntivo):

- la valutazione **"abbastanza-molto"** risulta essere per:
  - la soddisfazione delle tempistiche riguardo alla programmazione, organizzazione ed attuazione di visite, incontri e peso, per il 93%
  - la soddisfazione del supporto ricevuto durante la programmazione, organizzazione ed attuazione di visite, incontri e peso, per il 93%
  - la soddisfazione del percorso affrontato, per il 100%

<sup>1</sup> Il metodo di campionamento utilizzato per l'indagine è di tipo non probabilistico, utilizzato in genere per dimensioni più ridotte. È un metodo semplice, meno costoso in termini di tempo e può essere realizzato istantaneamente per approfittare di rispondenti disponibili senza la complessità statistica di un campione probabilistico. [Kenneth D. Bailey, *Metodi della ricerca sociale*, ed. Il Mulino, 1997] Più in specifico si è utilizzato per l'indagine il cosiddetto campionamento accidentale, in cui risiedono nella rilevazione le prime persone che capitano. Infatti è possibile selezionare i fruitori del Servizio in un periodo di tempo fisso (ad es. una settimana, un mese, ecc.). La popolazione di riferimento è costituita dall'insieme dei fruitori di quel servizio nell'arco di un anno. Il campione è formato dalla quota di fruitori di quel servizio durante una frazione di un anno (ad es. un mese).

Per la costituzione del campione tutti gli individui che accedono al servizio nel periodo di tempo fissato sono selezionati per la rilevazione. [Agenzia Sanitaria Regione Emilia-Romagna, *Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento*, 2001]

