

INDICE

ABSTRACT	1
INTRODUZIONE	3
INDICE DELLE SIGLE	10
CAPITOLO 1. LA CHIRURGIA BARIATRICA ED IL PAZIENTE GRANDE OBESO	12
1.1 L’Obesità: definizione e dimensioni del problema	12
1.1.1 L’obesità come Disturbo del Comportamento Alimentare.....	16
1.1.2 Il trattamento dell’obesità.....	19
1.2 L’approccio chirurgico: indicazioni alla chirurgia bariatrica e tipologie di interventi	23
1.2.1 Il Bendaggio Gastrico Regolabile (AGB).....	28
1.2.2 La Plicatura Gastrica.....	29
1.2.3 La Sleeve Gastrectomy (SG).....	29
1.2.4 Il Bypass Gastrico (GBP).....	31
1.2.5 Il Mini Bypass Gastrico (MGB).....	33
1.2.6 La Deversione Biliopancreatica (BDP).....	34
1.2.7 Il Bypass Biliointestinale.....	35
1.2.8 Il Palloncino Intragastrico.....	35
1.2.9 Il trattamento perioperatorio del paziente bariatrico.....	36
1.2.10 Il protocollo ERAS.....	37
1.3 Il Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale per il paziente grande obeso: focus sul follow up postoperatorio	38
1.4 L’esperienza di un Centro affiliato SICOB: dati dalla realtà dell’AOU delle Marche	44
1.4.1 Chi è il paziente bariatrico?.....	51
CAPITOLO 2. LE CURE PRIMARIE E L’INFERMIERISTICA DI FAMIGLIA E COMUNITA’	52
2.1 Cosa sono le Cure Primarie	52
2.1.1 Le Cure Domiciliari e l’ADI.....	53

2.2 L’Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC)	55
2.2.1 L’IFeC nella presa in carico del paziente bariatrico.....	59
CAPITOLO 3. IL PROCESSO DI NURSING E LA PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE	64
3.1 Il Processo di Nursing	61
3.2 Strumenti per la pianificazione assistenziale: NANDA, NOC e NIC	67
3.3 Piano Assistenziale Infermieristico per la presa in carico domiciliare del paziente obeso sottoposto a chirurgia bariatrica	70
3.3.1 Disponibilità a migliorare l’autogestione della salute (00293).....	70
3.3.2 Rischio di nutrizione squilibrata: inferiore al fabbisogno metabolico (0002).....	74
3.3.3 Obesità (00232).....	76
3.3.4 Rischio di sindrome metabolica (00296).....	79
3.3.5 Rischio di funzione cardiovascolare compromessa (00311).....	82
3.3.6 Autostima cronicamente scarsa (00119).....	84
3.3.7 Modello di sessualità inefficace (00065).....	87
3.3.8 Regolazione dell’umore compromessa (00241).....	89
3.3.9 Rischio di infezione (00004).....	92
3.3.10 Nausea (00134).....	94
CONCLUSIONI	97
BIBLIOGRAFIA	
SITOGRAFIA	

ABSTRACT

Il paziente obeso e grande obeso adulto che fa rientro al proprio domicilio dopo essersi sottoposto a chirurgia bariatrica, caratterizzata all'oggi dall'impiego di tecniche mini-invasive ed un ricovero post-operatorio relativamente breve (specie con l'applicazione del protocollo ERAS), ha una sua spiccata complessità non solo dal punto di vista clinico, ma anche su un piano psicologico-emotivo.

Tali complessità e peculiarità richiedono un approccio particolarmente attento e omnicomprensivo sin dall'immediato rientro a domicilio e per tutto il follow up.

La figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) nel contesto delle Cure Primarie si affianca alla persona (ed alla famiglia) nel suo stesso ambiente di vita, a prescindere dal grado di autosufficienza e/o dalla eventuale presenza di complicanze gravi che questa presenta, promuovendo un approccio pro-attivo alla salute.

L'obiettivo principale di questo elaborato è pertanto quello di creare un piano assistenziale standardizzato, e quindi basato in ogni sua parte sulle evidenze, a supporto dell'IFeC nella presa in carico domiciliare di questa particolare tipologia di paziente chirurgico.

Si suggerisce altresì che l'adozione sistematica di un simile strumento da parte dei suddetti professionisti possa incidere positivamente sull'aderenza di questi pazienti ai programmi di follow up postoperatori ed alle indicazioni terapeutiche (dieta, esercizio fisico), migliorando gli *outcome* clinico-chirurgici (perdita e mantenimento del peso) e la qualità della vita della persona.

È stata in principio condotta una revisione della letteratura, lanciando una appropriata ricerca sulle principali banche dati (PubMed, Cochrane Library, Semantic Scholar: Elsevier, Wiley Online Library).

I termini Mesh utilizzati per la ricerca sono stati: "Bariatric patient AND primary care", "Primary care nurse", "Bariatric surgery", "Laparoscopic bariatric surgery", "Bariatric surgery AND nurse", "Bariatric surgery AND quality of life", "Bariatric surgery AND follow up", "Bariatric patient AND nursing diagnosis", "Bariatric surgery AND community nurse", "Bariatric surgery AND outcomes".

Il periodo di tempo impostato è stato dal 2013 al 2014.

Sono inoltre state consultate le principali Linee Guida in merito alla chirurgia bariatrica in Italia, (ovvero le LG SICOB 2008 ed il relativo aggiornamento al 2016 ed al 2023) con particolare attenzione alle indicazioni riguardanti i programmi di follow up postoperatorio a lungo termine (idealmente, che dura tutta la vita).

Da questa ampia cornice, essenziale per una corretta comprensione del problema, ci si è focalizzati sulla concreta realtà della AOU delle Marche, centro accreditato SICOB in cui dal 2013 l'equipe della UO Clinica di Chirurgia Generale e D'Urgenza esegue interventi bariatrici.

Sono quindi stati analizzati i dati della casistica già inseriti nel Registro Nazionale SICOB (periodo di tempo 2013-2018), prendendo in esame variabili quali: sesso, età al momento dell'intervento, peso e BMI di partenza, peso e BMI al follow up a 5 anni, tipo di intervento eseguito, aderenza al programma di follow up, ed eventuali complicanze segnalate (considerando le principali per ciascuna tipologia di intervento).

Elaborando questi dati, è stato possibile delineare in maniera più veritiera ed accurata il profilo de "il paziente bariatrico".

Su questa base si è costruito un Piano Assistenziale Infermieristico, standardizzato, tramite l'utilizzo della tassonomia NNN (*NANDA-North American Nursing Diagnosis Association*, *NOC- Nursing Outcomes Classification*, e *NIC -Nursing Interventions Classification*).

Sono state individuate 10 diagnosi infermieristiche, presentate in ordine di dominio, ciascuna delle quali associata a NOC e NIC.

Per ogni NOC sono stati identificati indicatori di risultato appropriati, e ciascun NIC è stato corredato da una selezione di azioni infermieristiche di provata efficacia.

Il Piano Assistenziale così costruito è stato infine graficamente presentato in maniera semplice e pragmatica, in modo tale da renderlo uno strumento subito pronto ad essere utilizzato dall'IFeC nella propria pratica professionale.

INTRODUZIONE

“Il mio lavoro nasce da uno spavento”.

È la frase che Marcello Maloberti, artista contemporaneo, incide come fosse una firma da oltre venticinque anni, ed in cui mi sono imbattuta per caso a Roma nel Gennaio di questo anno.

Maloberti ha inciso quelle parole anche dentro di me.

All’inizio di questo percorso non avrei mai pensato di scrivere una tesi che avesse a che fare con i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA).

L’anoressia si è mangiata quattro anni della mia vita. Quattro anni di dolore, di freddo, buio. Quattro anni persi, un buco nello stomaco, nel cervello, nell’esistenza.

Quando ho riaperto gli occhi, ho fatto la scelta che mi ha salvato la vita: ho deciso di diventare Infermiera.

Mai avrei pensato, e neppure desiderato, di far entrare il “mostro” dei DCA in questo elaborato, che rappresenta il coronamento di questo percorso di studi, ma anche di rinascita personale.

Nel corso di questi tre anni, mi sono innamorata due volte.

La prima è stata dell’Infermieristica di Famiglia e Comunità, sin dal primo anno di corso. Mi ha sempre profondamente affascinata l’idea di poter essere professionalmente più autonoma (con la grande responsabilità che necessariamente ne consegue) ed umanamente più vicina alle persone di cui mi sarei presa cura, senza la struttura di un Ospedale a definire più rigidamente il nostro rapporto curante-curato ed in qualche modo a distanziarci.

Come pure, ho subito trovato intrigante la consapevolezza di poter spendere la Professione in un campo ancora (per lo meno nella nostra Regione) poco conosciuto ed esplorato.

Il secondo amore, forse più maturo, è stato quella per la Sala Operatoria.

Vi ho fatto il mio primo ingresso nel Novembre 2021, quando il mio Relatore, il Professor Lezoche, ha dato la possibilità a noi studenti di Infermieristica di assistere ad una serie di interventi bariatrici, sua specialità.

La prima impressione è stata positiva, sebbene non sia bastata a far scattare la scintilla.

Dopo due anni, completate le ore di tirocinio obbligatorio previste per il terzo anno di corso, nell' Ottobre 2023 ho deciso di tornare in Sala come frequentatrice volontaria, per darle (e darmi) “una seconda possibilità”.

La mia permanenza nel Blocco Operatorio dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Delle Marche è durata cinque mesi.

È stata un'esperienza piena, soddisfacente, formativa, che mi ha permesso di trovare quello che all'oggi sono convinta sia “il mio posto”.

Il caso ha voluto che un giorno, durante questo periodo, prima di un imminente intervento bariatrico, si nominassero i follow up a cui questi pazienti devono aderire nel corso della loro vita a seguito dell'intervento.

Parlando di database, chili persi e complicanze, mi è stato raccontato (seppur senza alcun riferimento specifico al soggetto) il caso di un uomo, operato qualche anno prima per obesità morbigena, e suicidatosi ad un anno dall'intervento, vittima di una profonda depressione.

La vicenda mi è risuonata dentro con una intensità tale da non poter essere ignorata.

I DCA, ivi inclusa l'obesità, non sono solo malattie del corpo, organiche, ma sintomi devastante ed evidenti di un disagio interiore, più profondo e complesso.

Secondo i dati riportati dall'OMS in Italia oltre 3 milioni di persone soffrono di un disturbo del comportamento alimentare, e tali disturbi rappresentano la seconda causa di morte dopo gli incidenti stradali in particolare nella fascia di età compresa tra i 12 ed i 25 anni (ISS, 2022).

Il Rapporto Osservasalute 2022 dell'Università Cattolica del Sacro Cuore mostra come nel nostro Paese nel 2021 quasi 6 milioni di adulti fossero obesi, ovvero il 12,0% della popolazione, ed il 46,2% dei soggetti di età ≥ 18 anni fosse in eccesso ponderale (Università Cattolica del Sacro Cuore, 2022).

L'obesità, in quanto disturbo del comportamento alimentare e viste le sue caratteristiche specifiche, se non trattata adeguatamente aumenta sensibilmente il rischio di danni gravi e permanenti a carico di tutti gli organi ed apparati dell'organismo, fino alla morte.

Masocco et. Al (2023) riportando le stime rese disponibili dall'Institute for Health Metrics and Evaluation nel 2019, fanno emergere dati allarmanti: oltre 5 milioni di decessi (circa il 9% dei decessi) ed oltre 40 milioni di anni complessivi di disabilità a livello mondiale sarebbe dovuto a sovrappeso ed obesità.

Gli stessi autori riportano che in Italia sarebbero oltre 64 mila i decessi (il 10% di tutti i decessi) ed oltre 571 mila gli anni vissuti con disabilità a causa di sovrappeso ed obesità. I dati dimostrano in sostanza come l'eccesso ponderale sia correlato e direttamente proporzionale ad un aumento della mortalità e della morbilità in qualsiasi fascia di età, nonché ad una drastica riduzione della qualità della vita.

Attualmente le opzioni di trattamento proposte contro sovrappeso ed obesità prevedono in prima istanza un approccio comportamentale, basato su dieta, esercizio fisico e l'avvio di un percorso psicologico (terapia cognitivo-comportamentale).

Un secondo step, quando queste azioni si rivelano infruttuose o comunque non sufficienti, è rappresentato dal ricorso ad una terapia farmacologica, sempre e comunque in aggiunta alle modifiche dello stile di vita sopracitate.

All'oggi in Italia i farmaci autorizzati al commercio per la terapia a lungo termine nel paziente adulto obeso (BMI maggiore o uguale a 30 Kg/m²) o sovrappeso (BMI maggiore o uguale a 27 Kg/m²) ma con fattori di rischio associati, sono tre: *Oslistat*, *Liraglutide* e *Naltrexone/Bupropione*.

Se entro le 4-12 settimane dall'inizio della terapia (questa finestra di tempo varia a seconda del farmaco assunto) non si è raggiunto un risultato soddisfacente, pari ad una riduzione del peso corporeo del 5% circa (ISS, 2021) il trattamento deve essere ritenuto inefficace e va sospeso.

Una terza opzione di trattamento è rappresentata dal ricorso alla chirurgia bariatrica.

Tale approccio chirurgico, che verrà discusso in maniera più approfondita nel corso del presente elaborato, si configura come in trattamento d'elezione per quei pazienti affetti da obesità morbigena e per i quali ogni altro tipo di trattamento (dieta, esercizio fisico, terapia comportamentale, farmaci) si è dimostrato inefficace (SICOB, 2023; Forestieri et al., 2016; Foschi et al., 2008).

La patogenesi dell'obesità è per definizione multifattoriale, ne deriva che anche il suo trattamento e la presa in carico del paziente (dal momento della diagnosi e per tutto il percorso di cura) richiedono necessariamente un approccio integrato tra le varie modalità di intervento ed una visione il più possibile olistica della persona.

Benché di provata efficacia, il trattamento chirurgico non è sufficiente a liberare la persona dal peso del proprio disturbo alimentare, risultando certamente efficace per

quanto riguarda una importante perdita di peso, senza però agire sul disturbo psicologico che si trova alla base dell'obesità.

L'assistenza perioperatoria del paziente bariatrico è caratterizzata dall'impiego intraoperatorio di tecniche mini-invasive (tutti gli interventi vengono eseguiti in elezione per via laparoscopica) e dall'applicazione del protocollo *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS).

In sostanza, si riducono le complicanze a breve termine ed i tempi di ricovero post-operatorio a seguito dell'intervento chirurgico. Se da una parte questo vuol dire che il paziente è subito avviato ad un percorso di rapido ed ottimale recupero dall'operazione, nonché ad un precoce ritorno alle attività quotidiane, dall'altra si implica anche che la maggior parte del percorso di guarigione, fisica ma soprattutto mentale, della Persona si svolge nel proprio ambiente di vita.

Le caratteristiche fisiche e psicologiche del paziente bariatrico rendono questa tipologia di paziente chirurgico del tutto particolare. La gestione non solo pre- ed intraoperatoria, ma anche postoperatoria e nel lungo termine dello stesso, deve necessariamente tenere conto di questa peculiarità.

Vista la cruciale importanza dell'adesione del soggetto alle indicazioni terapeutiche (dieta, esercizio fisico) ed al programma di follow-up concordato ai fini del raggiungimento degli *outcome* clinico-chirurgici e di salute (riduzione del peso corporeo, mantenimento del peso corporeo ottimale raggiunto, adozione di stili di vita sani), è chiaro che per questi pazienti l'assistenza multidisciplinare e le cure non possano in alcun modo esaurirsi col ritorno a domicilio, né con la guarigione delle ferite chirurgiche o con i primi segnali di calo ponderale.

In questo caso, infatti, la guarigione del corpo non coincide con quella della mente.

Il paziente obeso che fa il suo ritorno a casa dopo essersi sottoposto ad intervento bariatrico, necessita innanzitutto di un supporto psicologico e motivazionale, dato da figure in grado di sostenere la Persona nel complesso e lungo percorso di guarigione e cambiamento che l'attende.

L'Infermiere si configura come il professionista adatto a ricoprire tale ruolo.

L'articolo 1 comma 2 del nostro Profilo Professionale (DM 739/94) cita testualmente: "L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie,

l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria” (DM 739/94, art.1 comma 2).

Da sottolineare pertanto lo scopo preventivo e riabilitativo dell'assistenza infermieristica, nonché la natura relazionale ed educativa della stessa.

Lo stesso articolo, al comma 3, definisce i setting in cui l'Infermiere può esercitare la propria professione, includendo tra questi il territorio e l'assistenza domiciliare.

L'assistenza infermieristica domiciliare fa parte (anche, ma non solo) di quelle che vengono definite “cure domiciliari integrate” o Assistenza Domiciliare Integrata (ADI): un insieme integrato di prestazioni professionali di vario tipo (mediche, infermieristiche, riabilitative e socio-sanitarie) erogate al paziente direttamente presso la propria abitazione, nell'ottica di una presa in carico completa e della garanzia di continuità assistenziale tra Ospedale e territorio (ivi incluso il domicilio).

All'oggi per richiedere i servizi ADI, e quindi anche l'assistenza infermieristica domiciliare, è necessario rispondere ai requisiti previsti dalla normativa in merito. I criteri di eleggibilità per l'accesso al percorso ADI sono: non autosufficienza (parziale o totale, temporanea o definitiva), non deambulanza e/o non trasportabilità con i comuni mezzi presso i servizi ambulatoriali presenti sul territorio, disponibilità di una rete familiare formale e/o informale di supporto attorno alla Persona, presenza di condizioni abitative tali da rendere possibile l'assistenza domiciliare.

Si tratta di un approccio sostanzialmente reattivo alla salute, poiché prevede l'attivazione di un servizio e dell'assistenza solo nel momento in cui la Persona presenta un problema di salute tale da causare un disagio e/o uno svantaggio importante.

Un simile approccio esclude il paziente sottoposto a chirurgia bariatrica dall'accesso alle cure domiciliari così normate, in primis perché per essere eleggibile e quindi sottoporsi a questo tipo di intervento la Persona deve essere dotata di un buon grado di autosufficienza e deve essere in grado di deambulare e compiere esercizio fisico (di intensità appropriata) sin dal proprio rientro a casa.

Passando ad una visione proattiva dell'assistenza, come auspicato da tempo nei vari Piani Sanitari Nazionali e regionali e nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) 2021, ecco che nell'ambito delle Cure Primarie e dell'assistenza territoriale emerge la figura chiave dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC).

L'IFeC si configura come il perno della rete delle cure territoriali e domiciliari, con una accentuata prossimità alla persona, alla famiglia ed alla comunità, in grado di mettere in atto interventi proattivi e di stabilire una relazione terapeutica con la persona duratura nel tempo, garante di equità nell'erogazione delle cure, nell'ottica della multiprofessionalità delle cure ed in diretto accordo con Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e servizi sociali (FNOPI, 2020).

Calando tutto questo nell'argomento specifico di questo elaborato, ecco che l'IFeC si identifica come la figura professionale più indicata a prendersi cura, sostenere emotivamente, motivare, educare alla salute e promuovere l'adesione al follow-up post-operatorio nel paziente bariatrico.

La presa in carico di questo tipo di paziente dovrebbe idealmente avvenire sin dalle dimissioni, ovvero dal rientro a casa della Persona, e proseguire nel lungo termine, modulandosi nel corso del tempo ed in base alle mutevoli necessità della persona, nell'ottica di un progressivo empowerment dell'assistito.

Questa tesi vuole pertanto unire in qualche modo tutto ciò che ha segnato il mio percorso: la chirurgia e la Sala Operatoria, l'infermieristica di famiglia e comunità, quello che mi lascio alle spalle e quello che ho ricostruito.

Vuole rendere omaggio a quel paziente, che non ho mai neppure visto in faccia, la cui esistenza non ha mai toccato la mia e che in questo elaborato compare solo come un numero, ma la cui esistenza conta. Il suo dolore conta, e non ha un valore meramente pari a "uno".

Il lavoro che andrò a fare, la vita che ho scelto per me, nascono da uno spavento.

Questa tesi, a modo suo, nasce da uno spavento. La paura di perdersi e di non potersi più ritrovare. Di crollare e non saper più dove mettere le mani per ricostruirsi.

Quando è stata la mia vita ad incrinarsi, ho avuto la fortuna di avere l'amore ed il supporto professionale necessari per rialzarmi. Ora tocca a me, a tutti noi che abbiamo scelto questa splendida Professione, che forse è un po' più di un semplice lavoro.

È nostro dovere agire sempre secondo scienza e coscienza. In qualsiasi setting assistenziale, davanti a qualsiasi paziente, l'utilizzo di un Piano Assistenziale standardizzato da parte dell'Infermiere assicura una presa in carico caratterizzata da

azioni basate sulle evidenze, pertanto di provata efficacia, sicure ed eticamente corrette per la Persona (o il gruppo di persone) di cui ci stiamo prendendo cura.

È mio auspicio che questo elaborato, e nella fattispecie il Piano Assistenziale qui proposto, possa trovare una applicazione effettiva nella pratica dell'assistenza Infermieristica domiciliare.

In ultimo, ma non per importanza, in accordo con gli obiettivi del Piano Socio-Sanitario Regionale (PSSR) 2023-2025, del PNRR 2021 e del Patto per la Salute Governo-Regioni 2019-2021, mi auguro che la figura dell'IFeC venga al più presto inserita in maniera opportunamente capillare in tutto il territorio Regionale e Nazionale, sensibilizzando la popolazione generale sull'importanza di questo professionista, preziosa risorsa offerta dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per la cura, la promozione ed il miglioramento della propria salute.

INDICE DELLE SIGLE

AGB	Adjustable Gastric Banding, Bendaggio Gastrico Regolabile
ASMBS	American Society for Metabolic and Bariatric Surgery
AOU	Azienda Ospedaliero Universitaria
BMI	Body Mass Index, indice di massa corporea
BPD	BilioPancreatic Diversion, Diversione Biliopancreatica
CCM	Chronic Care Model
DCA	Disturbi del Comportamento Alimentare
ERAS	Enhanced Recovery After Surgery
GBP	Gastric By-Pass, ByPass Gastrico
IFeC	Infermiere di Famiglia e Comunità
ISS	Istituto Superiore di Sanità
MGB	Mini Gastric Bypass, Mini ByPass Gastrico
MMG	Medico di Medicina Generale
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NCDs	Non Communicable Diseases (malattie non trasmissibili)
NIC	Nursing Interventions Classification
NOC	Nursing Outcome Classification
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
PAI	Piano Assistenziale Individualizzato
PASSI	Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia
PDTA	Percorso diagnostico Terapeutico Assistenziale
PLS	Pediatra di Libera Scelta
PNRR	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
PSN	Piano Sanitario Nazionale
PSSR	Piano Socio-Sanitario Regionale

SG	Sleeve Gastrectomy, Gastroresezione a manica
SICOB	Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle Malattie Metaboliche
SSI	Infezione del Sito Chirurgico, infezione della ferita chirurgica
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
UO	Unità Operativa
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità (in inglese: WHO, World Health Organization)

CAPITOLO 1. LA CHIRURGIA BARIATRICA ED IL PAZIENTE GRANDE OBESO

1.1 L'Obesità: definizione e dimensioni del problema

L'obesità può essere definita come una condizione patologica caratterizzata da un eccessivo accumulo di grasso corporeo in relazione alla massa magra, e questo sia in termini assoluti (quantità complessiva di adipe), sia in termini di distribuzione (ISS, 2017).

L'*American Society for Metabolic and Bariatric Surgery* (ASMBS) nel 2012 la descrive come una vera e propria malattia metabolica, caratterizzata da un accumulo di grassi in misura tale da compromettere la salute della persona (ASMBS, 2012).

La definizione più completa, tuttavia, sembra essere quella fornita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 2000: un accumulo eccessivo di tessuto adiposo, che può influire negativamente sullo stato di salute, causando un incremento della morbilità e della mortalità dei pazienti che lo presentano. Con riferimento al Body Mass Index (BMI)¹, o Indice di Massa Corporea (IMC), si definisce “sovrappeso” il soggetto con un BMI di 25-29,9 kg/m², e definisce “obeso” il soggetto con un BMI > o uguale a 30 kg/m² (WHO, 2000).

Viene poi fatta una ulteriore distinzione, tra Obesità di I grado (BMI 30-34,99 kg/m²), Obesità di II grado (BMI 35- 39,99 kg/m²) ed Obesità di III grado (BMI > o uguale a 40 kg/m²) (**tabella 1**) (Università Cattolica del Sacro Cuore, 2023).

Se fino a qualche anno fa si parlava di “obesità patologica” (anche detta “obesità morbigena”) per i soggetti con un BMI >40 kg/m² (Obesità III grado), oggi questa classificazione è di fatto caduta in disuso, poiché è stato ampiamente osservato come le complicanze associate all'eccesso ponderale si presentino ben prima che il BMI raggiunga simili valori (Hinkle L. J et al, 2017).

Va tuttavia ricordato che, pur costituendo un importante strumento, il cui valore epidemiologico universalmente riconosciuto, il BMI presenta dei limiti intrinseci

¹ Il BMI (o IMC) è attualmente il parametro più usato per la determinazione del peso ideale e della presenza di grasso in eccesso. Questo indice ed è dato dal rapporto tra il peso (kg) ed il quadrato dell'altezza (m²)

(Armeni P. et al., 2018). In primis questo parametro non tiene conto della distribuzione regionale anatomica dell'adipe, ed in secondo luogo non permette una distinzione tra massa magra (in sostanza, la massa muscolare) e massa grassa (l'adipe) (WHO, 2022). Si tratta di una distinzione la cui importanza non è trascurabile: è proprio l'eccesso di grasso viscerale (localizzato principalmente a livello addominale) a rappresentare il rischio maggiore per la salute.

Tabella 1

Categorie di BMI (elaborazione a cura della candidata)

BMI (kg/m²)	Categoria
15-18,49	Sottopeso
18,50-24,99	Normopeso
25-29,99	Sovrappeso
30-34,99	Obesità I grado
35-39,99	Obesità II grado
> o = 40	Obesità III grado

Il Report dell'Ufficio regionale europeo OMS 2022 fornisce una panoramica aggiornata della diffusione a livello europeo di questa patologia complessa e multifattoriale.

I dati che emergono dal Report sono a dir poco allarmanti: nella Regione europea obesità e sovrappeso interessano circa il 60% degli adulti, e quasi un bambino su tre (senza significative distinzioni tra maschi e femmine). Studi recenti condotti a livello europeo hanno evidenziato come il numero di soggetti con eccesso ponderale (BMI > 25 kg/m²), ed in generale il BMI medio della popolazione europea, sia aumentato in particolare tra bambini ed adolescenti durante ed a seguito della pandemia (OMS 2022).

Con riferimento al nostro Paese, i dati ISTAT 2021 rivelano come il 36,1% della popolazione adulta sia sovrappeso (di cui 43,9% uomini e 28,8% donne) e l'11,5% sia obeso (di cui 12,3% uomini e 10,8% donne). Con un simile trend, che appare in costante aumento, si stima che in Italia siano presenti circa 4 milioni di persone adulte obese.

L'obesità viene riconosciuta come il quarto principale fattore di rischio² per lo sviluppo di una vasta gamma di malattie non trasmissibili (*Non-Communicable Diseases*, NCDs) e croniche. Inoltre, l'eccesso ponderale è il principale fattore di rischio per disabilità (viene riconosciuto come la causa di circa il 7% degli anni totali vissuti con una disabilità) e l'obesità risulta correlata ad un maggior rischio di mortalità e morbilità per COVID-19 (OMS, 2022).

Sono patologie e disturbi associati a sovrappeso ed obesità: apnee notturne, asma, colecistite e colelitiasi, coronaropatia, cardiopatia ischemica, diabete mellito di tipo 2 (DM II), dorso-lombalgia cronica, embolia polmonare, ictus, infezioni, ipertensione arteriosa, scompenso cardiaco, steatosi epatica non alcolica ed osteoartrite. Vi è inoltre un aumento del rischio di patologie oncologiche quali cancro a colon e retto, al rene, all'esofago, al pancreas, alla cistifellea, al seno (per le donne post-menopausa) all'endometrio ed all'ovaio (ASMBS, 2012; ISS, 2024).

I soggetti obesi, tuttavia, non presentano solo un rischio maggiore di sviluppare NCDs e disturbi cronici, ma sono spesso portatori di profondi disagi psicologici, tra cui ansia, depressione, bassa autostima, disturbo dell'immagine corporea ed in generale presentano una bassa qualità di vita (Hinkle J. L. et al., 2020).

Infine, il rischio di mortalità correlata ad obesità incrementa del 30% per ogni aumento del BMI di 5 kg/m² al di sopra della soglia massima del Normopeso (pari a 25 kg/m²) e la durata media dei soggetti con un BMI >30 kg/m² è di almeno tre anni inferiore a quella dei soggetti Normopeso (ASMBS, 2012; Hinkle J. L et al., 2020). Le Linee Guida SICOB 2008 parlano di una aspettativa di vita ridotta rispettivamente di 9 anni e 12 anni in donne e uomini severamente obesi, nonché di una mortalità a breve termine (5-10 anni) raddoppiata rispetto a quella della popolazione generale. Tale rischio di morte, per inciso, risulta essere ancora più marcato nei soggetti obesi più giovani, che in assoluto presenterebbero tassi di mortalità più bassi (con riferimento alla stessa fascia di popolazione normopeso). (Forestieri P. et al, 2008)

La prevalenza dell'obesità sembra quindi essere in costante e preoccupante aumento, andando a costituire uno dei principali problemi di salute pubblica a livello nazionale e mondiale.

² Gli altri fattori di rischio per lo sviluppo delle NCDs sono: ipertensione arteriosa, alimentazione squilibrata, fumo di tabacco.

Secondo l'ISS: "L'obesità deve essere ormai considerata non solo un fattore di rischio per diverse patologie, ma una malattia cronica progressiva e recidivante, anche quando, negli stadi iniziali, non si associ ad alcuna complicanza" (ISS, 2024).

Numerose società scientifiche a livello nazionale (per esempio la Società Italiana Obesità SIO, la Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle malattie metaboliche SICOB) ed internazionale si occupano della ricerca, prevenzione a tutti i livelli (primario, secondario e terziario) e del trattamento dell'obesità, dell'educazione ed informazione della popolazione rispetto all'eccesso di peso, e della formazione ed aggiornamento dei professionisti della salute, emanando Linee Guida e documenti condivisi, position statement, report periodici ed articoli scientifici.

All'oggi in Italia sono inoltre attivi importanti sistemi di sorveglianza quali: il Sistema "Okkio alla Salute", relativo all'obesità in età infantile ed evolutiva, promosso dal Ministero della Salute e coordinato dal Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della Salute (CNAPPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), in stretta collaborazione con tutte le Regioni e il Ministero dell'Istruzione; il Sistema "Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia" PASSI (per la popolazione tra i 18 ed i 69 anni) ed il Sistema PASSI - d'argento (per la popolazione anziana) entrambi coordinati dall'ISS ed operanti in stretta collaborazione con Regioni ed Aziende Sanitarie Locali ASL (ISS, 2024).

Tali sistemi di sorveglianza nazionali, unitamente a quelli esteri ed internazionali (OMS), hanno permesso di analizzare più approfonditamente il problema, individuando quelli che sono i principali fattori determinanti della malattia.

Alla base dell'enorme aumento di tessuto adiposo che caratterizza sovrappeso ed obesità vi è sempre uno squilibrio tra l'introito calorico (ovvero l'energia fornita dagli alimenti, solidi e liquidi, che ingeriamo) ed il dispendio energetico. Tale squilibrio, che si traduce quindi in un eccesso calorico, deve protrarsi nel tempo per poter determinare un effettivo aumento ponderale del soggetto.

Tuttavia, questa spiegazione non riesce a racchiudere in sé la marcata multifattorialità che si cela dietro all'eziopatogenesi dell'obesità. Non si tratta di un semplice bilancio, un'operazione numerica tra calorie che entrano e calorie che escono, ma del risultato di una complessa interazione tra fattori definiti "*obesogenici*" (OMS, 2022) che sono sia individuali (genetica, metabolismo, fattori comportamentali ed abitudini di vita, disagi

psicologici) che ambientali (fattori socioeconomici, urbanizzazione e disponibilità di mezzi che riducono la necessità di spostarsi a piedi, disponibilità di cibi appetibili, molto lavorati e caloricamente densi a basso prezzo).

Le cause dell'obesità sono quindi complesse e molto diverse tra loro, irriducibili ad una semplice combinazione tra dieta inadeguata e/o iperalimentazione, e scarsa attività fisica.

1.1.1 L'Obesità come Disturbo del Comportamento Alimentare

In particolare, sembra doveroso fare una breve digressione (sebbene il tema meriterebbe un elaborato a parte, vista l'ampiezza e l'importanza) su quelli che sono i fattori "obesogenici" individuali, ed in particolare sulla componente psicologica.

A tale proposito, appare significativo il quesito che Recalcati M. e Zuccardi U. si pongono all'inizio del volume "Anoressia, bulimia, obesità" (2006):

"Curare un'anoressica-bulimica o un soggetto obeso, significa veramente normalizzare il loro appetito?" (Recalcati M., Zuccardi U. 2006, pp 8).

Per estendere la domanda: curare un soggetto obeso significa veramente (ed unicamente) ridurre il suo peso? Gli stessi autori sembrano fornire subito una risposta:

"Ciascuno deve riuscire a trovare la propria giusta misura, il proprio grado di felicità. Dunque la cura non si può mai limitare a riadattare un soggetto alla buona norma, a un rapporto equilibrato con la realtà" (Recalcati M., Zuccardi U. 2006, pp 8).

La scelta di far riferimento ad un saggio di psicoanalisi riguardante i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) in una tesi di laurea sull'obesità è tutt'altro che casuale.

Da una parte i corpi eccessivamente magri, anoressici, o atti di autoaggressività come le condotte di eliminazione (in particolare il vomito autoindotto) propri del soggetto bulimico riconducono subito alla sfera dei DCA, dall'altra i corpi abnormemente dilatati, l'eccesso di adipe, il divorare cibo proprio dell'obeso non sembrano elementi altrettanto suggestivi.

Eppure, l'obesità è anch'essa parte della famiglia dei DCA, per quanto l'opinione pubblica (ma spesso anche quella di chi cura) sia poco tendente a riconoscerle questo status.

Se anoressia e bulimia sono viste come “malattie dell’amore e non dell’appetito” (Recalcati M., Zuccardi U. 2006), quasi volerle romanticizzare ad attribuire loro una connotazione più spiccatamente femminile, l’obesità viene comunemente considerata proprio come una malattia dell’appetito. E della volontà.

Vi è in vero qualcosa in più, un disagio ed un dolore di più profondi alla base di questo disturbo così diffuso ed invalidante, che necessitano di essere riconosciuti e compresi per poter essere affrontati e sconfitti.

“La fame compulsiva [...] dell’obesità mostra in atto la metamorfosi della mancanza in vuoto. [...] obesi e bulimiche vivono il dramma di una spinta a riempire un vuoto che non si estingue mai” scrivono ancora Recalcati e Zuccardi (2006, p. 15-16), andando a sottolineare come la pulsione quasi incontrollata al consumo di alimenti appetibili che porta all’estremo eccesso ponderale dell’obeso, abbia ben poco a che vedere con un edonistico abbandonarsi al godimento del cibo, e molto più a che vedere con un profondo senso di vuoto e sofferenza interiore.

Le radici di questa mancanza, di questo “buco” da riempire e di questo dolore non possono certamente essere considerate uguali per tutti i soggetti. Ognuno è portatore di un passato, di una storia che viene scritta in corso d’opera sin dai primi anni di vita, in ogni punto della quale sembra iscritto una sorta di presagio di quello che avverrà poi. In altre parole: il nostro presente, le scelte che facciamo, le risposte ed i meccanismi che adottiamo nel corso della nostra vita sono in buona parte condizionati dagli eventi che hanno segnato il nostro passato.

Prendendo le distanze da una visione più “tradizionale” e forse semplicistica dell’obesità, che vede l’eccesso ponderale come il focus della questione, e riconoscendolo invece come un sintomo empiricamente evidente di un problema interiore (talvolta nascosto anche al soggetto stesso), comprendiamo bene come nel caso dell’obeso non basti curare il corpo (perdere peso) per guarire la Persona. Benessere e perdita di peso non sono un binomio sempre vero, e la mancata comprensione di questo aspetto particolarmente problematico può di fatto pregiudicare una efficace presa in carico del soggetto obeso, specie a seguito di trattamenti importanti ed irreversibili, quali la chirurgia bariatrica, prettamente improntati al calo ponderale.

Lu et al. (2019) vanno ad analizzare in particolare gli esiti della chirurgia bariatrica su donne obese con un passato traumatico di abusi fisici e sessuali. Lo studio analizza i

risultati dell'intervento in termini BMI, qualità della vita e sintomi depressivi nei 6 mesi post-operatori. Le conclusioni alle quali gli autori giungono appaiono suggestive: per le donne con un passato di violenze, la perdita di peso a seguito della chirurgia risulta essere maggiore rispetto a quella registrata tra le donne senza un passato traumatico, ma a questo dato non si accompagna uno speculare miglioramento dei sintomi depressivi legati al trauma subito. In altre parole, la chirurgia bariatrica si dimostra efficace nel determinare una riduzione dell'eccesso ponderale, ma in presenza di un disagio interiore non è sufficiente a determinare un altrettanto soddisfacente miglioramento della salute mentale dei soggetti e quindi un sostanziale aumento della qualità di vita.

Un ulteriore studio (Moha S. et al, 2022) giunge a conclusioni simili: sebbene di per sé una storia di abusi non precluda al soggetto la possibilità di sottoporsi a chirurgia bariatrica né di ottenerne i benefici in termini di calo ponderale (Gorrell et al. 2019), gli esiti post-operatori in termini psicologici-psichiatrici non sono ancora chiari (si rimanda alla necessità di studi più robusti in merito). Si suggerisce pertanto che a seguito dell'intervento questi pazienti siano sottoposti ad accurato monitoraggio per valutare una eventuale presenza di distress emotivo e/o un aggravamento di condizioni psichiatriche preesistenti, sottoponendosi ai trattamenti psichiatrici del caso se indicato.

La revisione sistematica sopracitata fa inoltre emergere un ulteriore aspetto interessante, che tuttavia non è possibile approfondire in questa sede: la letteratura scientifica sembra supportare una effettiva correlazione tra una storia di abusi (specie in età infantile) e lo sviluppo di obesità nel corso della vita del soggetto. Sebbene non sia del tutto chiaro il meccanismo alla base di questa relazione, alcuni studi ipotizzano un ruolo da parte degli alti livelli di stress (propri dei soggetti vittime di violenza) e di altre possibili psicopatologie associate (ansia, depressione). È inoltre dimostrato che i soggetti obesi con una storia di abusi alle spalle abbiano più difficoltà a perdere peso semplicemente con una modifica comportamentale degli stili di vita, rendendo per loro l'opzione chirurgica la principale (se non unica) possibilità di trattare efficacemente l'eccesso ponderale (Moha et al. 2022).

Quanto appena detto, tornando ad una visione della questione più squisitamente umanistica propria della psicoanalisi, sembra trovare conferma anche nelle parole di Recalcati e Zuccardi (2006) che spiegano la relazione tra il soggetto obeso ed il proprio corpo, o meglio con il proprio grasso, in questi termini:

“[...] nel soggetto obeso il corpo appare piuttosto come una prigioniera [...]. Il soggetto non lo sente come suo ma lo vive come una specie di armatura che è costretto ad indossare. Questa armatura non funziona però come uno strumento di ricatto - come accade per il corpo anoressico - ma come uno scudo, come una difesa paradossale dall'incontro inquietante con il desiderio dell'altro” (Recalcati M., Zuccardi U. 2006, p.78).

Il corpo grasso dell'obeso si configura quindi come un tentativo di difesa dall'altro e dal suo desiderio (si pensi alle storie di abusi sessuali), di anestesia dalle emozioni e dal dolore della vita. La comprensione di questo delicato aspetto è assolutamente necessaria per chiunque si trovi a prestare assistenza a questi pazienti (medici, infermieri, dietisti, psicologi). La comprensione della complessità intrinseca del soggetto obeso, in particolare nel momento in cui la sua “armatura” (in corpo grasso) viene meno, magari come esito dell'intervento bariatrico, è necessaria per una efficace presa in carico che permetta un effettivo miglioramento della qualità della vita e del benessere non solo fisico, ma anche psicologico, della Persona.

1.1.2 Il trattamento dell'obesità

Per affrontare ed eradicare il problema dell'obesità in maniera realmente efficace, il Report OMS 2022 (in accordo con la nutrita letteratura scientifica sull'argomento) suggerisce una serie di interventi da mettere in atto a livello sia macroscopico che microscopico.

Ad un livello macroscopico, sono necessarie politiche nazionali ed internazionali adeguate a prevenire l'obesità agendo su quelli che sono i principali determinanti della malattia. Vengono proposti interventi fiscali (come la tassazione di bevande zuccherate, rendere più accessibili economicamente i cibi sani e meno disponibili quelli malsani, specie per i bambini) così come interventi più squisitamente afferenti alla politica socio-sanitaria (migliorare l'accesso ai servizi sanitari di base per la gestione dell'obesità, nell'ottica dell'equità e dell'uguaglianza nell'erogazione delle cure da parte del SSN, potenziare e pianificare meglio l'educazione sanitaria ed alla salute) (OMS, 2022; ISS 2024).

Ad un livello “microscopico”, ovvero per quanto riguarda l'approccio assistenziale da adottare nell'erogazione delle cure socio-sanitarie e quindi nella presa in carico del paziente sovrappeso e (soprattutto) obeso, l'OMS sostiene testualmente:

“There is a need to provide care for those living with obesity, with treatment recommended to follow a “chronic care” approach in which the choice of treatment is dependent on the severity of obesity, along with a number of other personal factors. Multicomponent behavioural interventions are generally considered to be the best approach for treating obesity in both children and adults with intensive and long-term care strategies recommended”.(WHO, European Obesity Report, 2022, p. 20).

Si suggerisce quindi l’adozione di un modello assistenziale per la cronicità (*Chronic Care Model*, CCM), in cui la Persona viene seguita nel lungo termine, e con l’elaborazione di un piano assistenziale individualizzato (PAI) da parte di un’equipe multiprofessionale, in cui necessariamente entra a far parte anche l’Infermiere.

Le cure e l’assistenza dovrebbero essere indirizzate al trattamento delle cause stesse dell’obesità, incentrandosi non solo su quelli che sono i sintomi fisici-organici e le patologie correlate, ma anche sull’incoraggiamento dei profondi cambiamenti comportamentali (imprescindibili per affrontare il problema) e sul supporto psicologico ed emotivo del paziente.

In quest’ottica il focus non è più solo sulla riduzione dell’eccesso ponderale ed il mantenimento del peso perso, ma sul benessere della Persona in senso globale e quanto più possibile olistico. Questo, richiede un mutamento non solo a livello del paradigma assistenziale fino ad ora applicato, ma anche nella visione che gli stessi sanitari hanno del soggetto obeso, spesso vittima di pregiudizi e stigmatizzazione anche negli stessi ambienti di cura (Hinkle J. L. et al, 2020; OMS 2022).

Il presente elaborato ha l’ambizione di affrontare la questione dell’obesità e dei relativi trattamenti (nella fattispecie quello chirurgico) ed assistenza unicamente in relazione al soggetto adulto.

Allo stato attuale, sono disponibili tre differenti opzioni per il trattamento dell’obesità: un approccio cognitivo-comportamentale (mirato a modificare lo stile di vita), un approccio medico-farmacologico ed un approccio chirurgico.

La modifica dello stile di vita consiste nell’introduzione di abitudini più sane, come una dieta sana (tendenzialmente ipocalorica e mirata alla perdita di peso), un buon livello di esercizio fisico e l’avvio di un percorso psicologico di tipo cognitivo-comportamentale.

Questa opzione di trattamento non può prescindere dalla presenza di una equipe multidisciplinare (medico specialista, dietista o nutrizionista, specialista dell’attività

fisica, psichiatra o psicologo, infermiere, eventuale caregiver) che prenda in carico il paziente in maniera omnicomprensiva creando un PAI senza trascurare anche la componente psicologica dell'obesità (ansia, depressione, autostima, immagine corporea), dalla pianificazione di opportuni interventi educativi e dalla presenza di un sistema di Cure Primarie efficiente, ben sviluppato ed integrato.

È stato osservato come l'aderenza a questo piano di trattamento riesca a determinare nelle prime 12 settimane una riduzione ponderale del 5-10%, tale da ottenere benefici per la salute non trascurabili (riduzione del rischio di comorbidità associate all'obesità, riduzione del grasso viscerale e quindi del rischio cardio-metabolico), riducendo anche il rischio per il paziente di recuperare il peso perso (OMS, 2022).

“A 5–10% weight loss from initial weight may be a sufficient initial step towards decreasing comorbidities [...] and will also help to improve body image, self-esteem, self-affirmation and quality of life. Fit patients with obesity have a lower mortality risk, all etiologies included, than sedentary patients of healthy BMI. Moreover, regular physical activity can decrease weight regain and the risk of weight cycling after weight loss” (WHO, European Obesity Report, 2022, p. 161).

L'opzione farmacologica viene solitamente riservata ai soggetti che non sono stati in grado di ottenere una sufficiente perdita di peso con la semplice introduzione di cambiamenti nello stile di vita, come supporto per il mantenimento del peso perso, ai pazienti con un BMI pari o > 30 kg/m² o con un BMI pari o >27 kg/m² con complicanze, ed in ogni caso in associazione agli opportuni cambiamenti comportamentali e psicologici. In Italia i farmaci attualmente autorizzati al commercio per la terapia antiobesità sono tre: Orlistat, Liraglutide e Naltrexone/Bupropione.

In generale, questi farmaci presentano meccanismi di azione (inibizione della digestione e l'assorbimento dei lipidi, stimolazione del SNC a livello ipotalamico con aumento del senso di sazietà...), ma in ogni caso l'effetto ultimo è quello di ridurre l'introito calorico. Se entro le 4-12 settimane dall'inizio della terapia (questa finestra di tempo varia a seconda del farmaco assunto) non si è raggiunto un risultato soddisfacente, pari ad una riduzione del peso corporeo del 5% circa, il trattamento deve essere ritenuto inefficace e va sospeso (ISS, 2021).

In ogni caso, sebbene questi farmaci (che in quanto tali sono sempre associati anche ad effetti collaterali, di entità variabile) possano aiutare la Persona ridurre l'eccesso

ponderale, è stimato che raramente riescano ad indurre una perdita >10% del peso corporeo (Hinkle J. L. et al, 2020).

La terza opzione di trattamento, sulla quale questa tesi intende focalizzarsi in maniera particolare, è rappresentata dall'approccio chirurgico.

In linea generale, questa possibilità di trattamento viene offerta solo a pazienti selezionati e per i quali le altre metodiche non chirurgiche per la perdita ed il controllo del peso siano risultate fallimentari. I criteri di inclusione ai quali il paziente deve necessariamente rispondere per poter essere ritenuto elegibile per l'intervento chirurgico, nonché le tecniche chirurgiche attualmente disponibili che afferiscono alla categoria “chirurgia bariatrica”, verranno discusse nel dettaglio a seguire.

1.2 L'approccio chirurgico: indicazioni alla chirurgia bariatrica e tipologie di interventi

La chirurgia bariatrica, anche detta “chirurgia dell'obesità”, è la specifica branca della chirurgia che si occupa del trattamento dell'obesità morbigena tramite tecniche chirurgiche e/o endoscopiche (Brugnoli A., Saiani L. 2022).

Il trattamento chirurgico dell'obesità grave porta con sé benefici non solo per i singoli soggetti in termini di calo ponderale e quindi salute, ma anche per lo Stato. Forestieri P. et al (2008) sottolineano infatti come il ricorso a questo tipo di trattamento consenta da una parte di risparmiare risorse sanitarie, dall'altra di ridurre anche i costi sociali direttamente ed indirettamente correlati all'obesità.

La chirurgia bariatrica quindi è stata provata efficace nella riduzione del peso corporeo, determinando un calo ponderale soddisfacente e duraturo nella maggioranza dei casi trattati, con un miglioramento generale di tutte le patologie ed i disturbi associati all'obesità.

Nonostante ciò, non vi è alcuna evidenza scientifica tale da rendere l'approccio chirurgico il trattamento d'elezione per tutti i pazienti obesi (con riferimento alla classificazione OMS, per cui si parla di obesità in presenza di un BMI > o pari a 30 kg/m²) in maniera indiscriminata.

Le Linee Guida SICOB³, in perfetto accordo con quelle condivise a livello internazionale (ASMBS 2004, EAES 2005, ASMBS 2022), forniscono i criteri di inclusione ai quali i pazienti devono necessariamente rispondere per poter essere ritenuti eleggibili per l'intervento bariatrico.

Le indicazioni alla chirurgia bariatrica presentate nelle Linee Guida SICOB 2008 sono: età tra i 18 ed i 60 anni, BMI > o uguale a 40 kg/m², o compreso tra 35 e 40 kg/m² ma in presenza di comorbidità (Diabete mellito tipo 2, ipertensione arteriosa, dislipidemie) che possano migliorare o risolversi del tutto con la perdita di peso determinata dall'intervento, avere una storia clinica di tentativi fallimentari (nessuna variazione del peso o variazione non a lungo termine) di calo ponderale pur con una corretta adesione ai trattamenti medici

³ La Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle malattie metaboliche (SICOB) nasce in Italia nel 2017 allo scopo di creare una struttura di riferimento per la formazione dei professionisti sanitari (chirurghi e non solo) circa il trattamento chirurgico dell'obesità, promuovendo quindi la diffusione ed il progresso (in particolare tramite la ricerca scientifica) della chirurgia bariatrica.

disponibili (in primis modifiche comportamentali, ma anche terapie farmacologiche). (Forestieri P. et al, 2008)

Sempre secondo le stesse Linee Guida, sono controindicazioni (internazionalmente condivise) alla chirurgia bariatrica: assenza di un pregresso tentativo di trattamento medico verificabile, paziente che si ritiene non sia in grado di aderire ad un prolungato programma di follow up, psicopatologie importanti (quali depressione severa, disturbi della personalità, disturbi del comportamento alimentare) valutati in quanto tali da uno psichiatra/psicologo e non adeguatamente controllati, alcolismo, tossicodipendenza, malattie correlate ad una ridotta speranza di vita, pazienti non autosufficienti e comunque sprovvisti di una adeguata rete di supporto familiare e sociale.

Nel corso degli anni la letteratura scientifica in merito alla chirurgia bariatrica sembra essere fiorita, il che ha portato ad un doveroso aggiornamento delle suddette Linee Guida in praticamente tutti i campi, incluso quello delle indicazioni all'intervento.

Le Linee Guida SICOB 2016 introducono importanti novità. In primo luogo, viene meno l'indicazione al trattamento chirurgico solo per quei pazienti con BMI $>$ o pari a 40 kg/m² o $>$ 35 kg/m² ma con importanti comorbidità, estendendo questa opzione anche ai soggetti con un BMI compreso tra 30 kg/m² e 35 kg/m², sempre in presenza di comorbidità non controllate, ma che possano presumibilmente trarre giovamento dal calo ponderale postoperatorio. In secondo luogo, viene dismesso anche il limite anagrafico, per cui essere trattati anche i soggetti $<$ 18 anni (sebbene con criteri di inclusione più restrittivi rispetto a quelli previsti per l'adulto) e $>$ 65 anni (Foschi D. et al., 2016).

Vengono aggiornate anche le controindicazioni (assolute, relative, irreversibili e reversibili) introducendo tra queste le endocrinopatie responsabili di obesità secondaria. Per quel che concerne le psicopatologie, ansia e depressione non sono più da considerarsi controindicazioni purchè associate ad un adeguato programma psichiatrico, mentre disturbo bipolare, schizofrenia e psicosi si configurano come controindicazioni assolute. L'alcolismo si conferma una controindicazione assoluta, così come la Bulimia Nervosa non compensata. Altri disturbi del comportamento alimentare, come *Binge Eating Disorder* (BED) o la Sindrome da alimentazione notturna non escludono necessariamente la possibilità di ricorrere alla chirurgia, ma devono essere preventivamente valutate e trattate da specialisti.

Tali raccomandazioni sono state sostanzialmente confermate anche dalle più aggiornate Linee Guida del 2023 (SICOB, 2023). (**tabella 2**)

Tabella 2

Indicazioni alla chirurgia bariatrica: confronto tra le Linee Guida SICOB 2008, 2016 e 2023 (elaborazione a cura della candidata)

Indicazione	SICOB 2008	SICOB 2016	SICOB 2023
Limite di età anagrafica	>18 anni e <60 anni.	Ammessi anche interventi per soggetti in età evolutiva (<18 anni) sebbene con maggiori restrizioni; ammessi interventi anche a >65, valutando condizioni cliniche.	Come da raccomandazioni SICOB 2016.
BMI	BMI > o pari a 40 kg/m ² , BMI tra 35 kg/m ² e 40 kg/m ² ma con comorbidità non controllate correlate a obesità, che possono trarre giovamento dal calo ponderale.	BMI > o pari a 40kg/m ² , BMI tra 35 kg/m ² e 40 kg/m ² e BMI tra 30 kg/m ² e 35 kg/m ² ma in presenza di comorbidità non controllate correlate a obesità, che possano trarre giovamento dal calo ponderale.	Come da raccomandazioni SICOB 2016.

Storia clinica con pregressi tentativi non chirurgici di perdita di peso, falliti	Raccomandazione presente.	Raccomandazione presente.	Raccomandazione presente.
Autosufficienza e presenza di una adeguata rete di supporto familiare e sociale	Raccomandazione presente.	Raccomandazione presente.	Raccomandazione presente.
Capacità di aderire al programma di follow-up a lungo termine dopo l'intervento	Raccomandazione presente.	Raccomandazione presente.	Raccomandazione presente.
Assenza di controindicazioni assolute	Raccomandazione presente.	Raccomandazione presente.	Raccomandazione presente.

La presenza-assenza di questi criteri viene valutata da un team interdisciplinare dedicato e costituisce la conditio sine qua non all'avvio del paziente al percorso che lo porterà a sottoporsi all'intervento chirurgico.

La Persona viene quindi poi sottoposta ad uno studio preoperatorio approfondito (come accade di routine prima di ogni intervento di chirurgia maggiore) che include valutazioni di tipo anestesiologicalo, cardiologico, pneumologico, endocrino-metabolico, gastroenterologico, psicologico, nutrizionale ed ovviamente chirurgico. Questo serve a chiarire il quadro generale dello stato di salute del paziente, definendo in ultimo se questi può o meno essere ritenuto elegibile per l'operazione.

Seguono una serie di incontri in cui il paziente viene opportunamente informato sui benefici, conseguenze e rischi del trattamento chirurgico, sulle abitudini alimentari e di vita che dovrà necessariamente modificare dopo l'intervento, viene ponderata la sua

motivazione e disponibilità a rispettare il programma di follow up a lungo termine proposto.

A questo punto, in base alle specifiche caratteristiche e necessità della Persona, ed insieme alla stessa, viene identificato il tipo di trattamento chirurgico più adatto.

I vari interventi chirurgici possono essere divisi in tre categorie, a seconda del meccanismo col quale vanno a determinare la perdita di peso: interventi restrittivi, interventi malassorbitivi ed interventi a tecnica mista.

All'interno di queste categorie possiamo quindi collocare le opzioni chirurgiche attualmente disponibili e supportate da sufficienti dati provenienti dalla letteratura scientifica.

Sono interventi restrittivi quelli che determinano un ostacolo meccanico al passaggio del cibo, ma anche quelli che comportano una restrizione funzionale delle capacità gastriche, ovvero con effetto anoressizzante. Afferiscono a questa categoria: il posizionamento di un Palloncino Intragastrico, il Bendaggio Gastrico Regolabile, la Gastroplastica Verticale (ormai poco praticata, secondo quando riportato dalle Linee Guida SICOB 20169), la Plicatura Gastrica e la *Sleeve Gastrectomy*.

Sono interventi malassorbitivi, ovvero che determinano una riduzione importante dell'assorbimento di nutrienti e calorie a livello del tratto gastro-intestinale, la Deviazione Biliopancreatica sec. Scopinaro e quella con switch duodenale.

Infine, sono considerati interventi a tecnica mista (ovvero che sfruttano sia la restrizione della sacca gastrica, sia il malassorbimento) il Bypass Gastrico ed il Mini Bypass Gastrico. La tecnica laparoscopica è considerata il *gold standard* per l'esecuzione di tutti gli interventi di chirurgia bariatrica, solo in casi particolari ed in caso di estrema necessità deve essere considerata l'opzione della conversione in laparotomia o comunque della tecnica in open (Foschi D., 2016).

Il Registro SICOB mostra come all'oggi, nel nostro Paese, gli interventi più praticati siano la *Sleeve Gastrectomy*, il Bendaggio Gastrico, il Bypass Gastrico e la Deviazione Biliopancreatica.

Tutti gli interventi sopracitati sono indicati per pazienti grandi obesi (BMI > o pari a 40kg/m²) o obesi ma con comorbidità correlate (BMI > o pari a 30 kg/m²), anche in presenza di complicanze importanti come diabete tipo 2 non controllato. Non esistono particolari evidenze che indichino la necessità di preferire in assoluto un intervento di

chirurgia bariatrica rispetto ad un altro. In generale però è suggerito che, specie nei soggetti con BMI > o pari a 40 kg/m², siano preferiti quegli interventi più invasivi ma maggiormente efficaci sul peso corporeo (*Sleeve Gastrectomy*, Bendaggio Gastrico, Deviazione Biliopancreatica, Bypass Gastrico), riservando quelli meno invasivi, ma anche meno efficaci, ai pazienti che presentano più fragilità (SICOB, 2023).

In generale, la scelta di quale opzione chirurgica proporre al paziente dovrebbe dipendere dalle sue stesse caratteristiche, dalla sua malattia e condizioni cliniche, dall'esperienza del chirurgo, dall'organizzazione e dalle possibilità della struttura, nonché da una attenta valutazione del rapporto rischio/beneficio nel breve e lungo termine.

1.2.1 Il Bendaggio Gastrico Regolabile (AGB)

Anche detto *Adjustable Gastric Band*, AGB o *Silicone Adjustable Gastric Band* o SAGB; *Laparoscopic Silicone Adjustable Gastric Band*, LSA- GB.

Prevede il posizionamento di una protesi ad anello regolabile, in silicone (da cui SAGB/LSA-GB), attorno alla porzione superiore dello stomaco (il bendaggio), facendola passare per la pars flaccida del piccolo omento. In questo modo si ottiene una piccola sacca gastrica, ovvero un "neo-stomaco" dalla capacità di circa 30mL in grado di accogliere quanto proveniente dall'esofago. (**figura 1**).

Il bendaggio viene collegato, tramite un apposito catetere di connessione, ad un port sottocutaneo che servirà nel tempo alla regolazione del gonfiaggio (e quindi del grado di restrizione meccanica) del bendaggio, tramite l'iniezione/l'aspirazione di fisiologica dallo stesso.

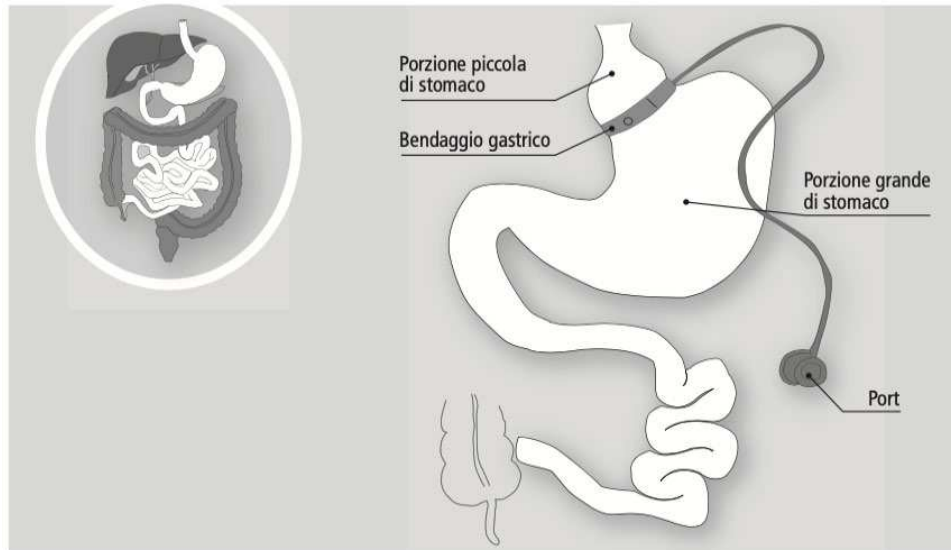
La ridotta capacità della tasca gastrica ed il restringimento determinato dal bendaggio stesso, determinano non solo una esigua tolleranza al cibo, ma anche un rallentamento nello svuotamento gastrico.

Si tratta di un intervento con un buon rapporto costo-beneficio, sicuro e non irreversibile. Le principali complicanze sono: disconnessione, rottura e dislocazione del port, scivolamento dello stomaco con dilatazione della tasca, rottura o erosione del bendaggio, ostruzione e infezione del port, malfunzionamento del catetere di connessione.

Brugnoli A. e Saiani L. (2022) riportano che una percentuale di pazienti variabile dal 12% a 20% necessita di un ulteriore intervento nei 12 anni successivi al posizionamento del Bendaggio Gastrico (Brugnoli A., Saiani L. 2022).

Figura 1

Bendaggio Gastrico Regolabile (Foschi D. et al., 2016, p. 48)



1.2.2 La Plicatura Gastrica

Vengono praticate un numero variabile (da una a tre) di invaginazioni a livello gastrico, in progressione, partendo dalla grande curva dello stomaco. In questo modo si ottiene la riduzione della capacità dell'organo di circa l'80%. L'efficacia di questa tecnica è attualmente oggetto di osservazioni più approfondite (Foschi D., 2016).

1.2.3 La Sleeve Gastrectomy (SG)

Anche detta Gastrectomia Verticale Parziale. Questo intervento, irreversibile, sfrutta sia la restrizione meccanica dello stomaco, sia quella funzionale dell'organo, con un effetto anoressizzante. Viene eseguita una resezione verticale lungo la grande curvatura, asportando circa 4/5 dell'organo (circa l'80-90% dello stomaco, incluso il fondo gastrico). Si viene così a creare una sorta di "manicotto", un tubulo (dalle dimensioni variabili e non standardizzate) che permette l'introduzione di quantità di cibo ridotte (restrizione meccanica), e che va ad impattare anche l'assetto ormonale del paziente (effetto anoressizzante) andando a modificare la secrezione delle sostanze responsabili del senso di sazietà, ed in particolare della grelina. (**figura 2**).

Studi dimostrano che la SG sia uno degli interventi bariatrici più efficaci sia per quanto riguarda il miglioramento delle comorbidità correlate all'obesità (in particolare ipertensione e diabete), sia per quanto concerne il calo ponderale, determinando una perdita di peso in eccesso in media fino al 56% (Brugnoli A., Saiani L. 2022).

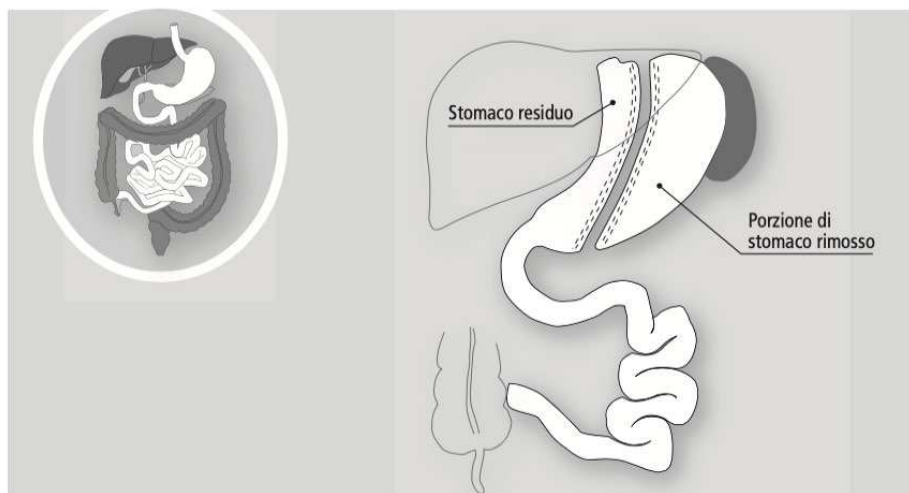
Barron M. et al. (2020) riportano in particolare come la Sleeve sia in grado di alterare nel tempo la composizione del microbioma intestinale, andando così ad agire positivamente su una delle cause non obesità correlate (ovvero, non direttamente dipendenti dal peso eccessivo del soggetto) di patologie quali iperglicemia, problemi cardiaci e soprattutto ipertensione arteriosa.

Questa conclusione sembra essere confermata anche dallo studio di Stefura T. et al., (2022), che di nuovo sottolinea come la chirurgia bariatrica (ed in particolare gli interventi quali SG e BPG) siano in grado di alterare positivamente il microbioma a livello sia orale che intestinale nei soggetti obesi, andando così ad agire su uno dei meccanismi alla base dello stato di infiammazione cronica tipico di questi soggetti, responsabile di un gran numero di comorbidità.

Le principali complicanze legate alla Sleeve sono la deiscenza della sutura gastrica (che può essere di I grado, ovvero non clinica, o di II grado e quindi richiedere un immediato re-intervento chirurgico), l'infezione del sito chirurgico (SSI) da cui viene estratto il pezzo anatomico ed il sanguinamento massiccio sia intra- che postoperatorio.

Figura 2

Sleeve Gastrectomy (Foschi D. et al., 2016, p. 49)



1.2.4 Il Bypass Gastrico (BPG)

Anche detto Bypass Gastrico alla Roux en Y/ su ansa Y sec. Roux. L'intervento consiste nella divisione completa dello stomaco, ottenendo nella parte superiore dell'organo una piccola "tasca" (tubulare, simile a SG) di circa 20-30mL. Vengono poi eseguite due anastomosi: una prima tra la tasca gastrica ed il tenue (digiuno) andando a formare una Y, ed una seconda tra l'ansa alimentare e quella biliopancreatica (ambedue i tratti intestinali possono avere lunghezze diverse a seconda del caso specifico).

Ne risulta che la maggior parte dello stomaco ed una notevole porzione del duodeno vengono del tutto esclusi dal transito alimentare. Come nel caso della SG, anche il Bypass Gastrico non sfrutta solo la restrizione meccanica dello stomaco (riduzione dell'introito di cibo), ma va anche a determinare alterazioni metaboliche, tali da portare ad un malassorbimento delle sostanze ingerite (nutrienti e calorie). **(figura 3)**

Di per sè il Bypass Gastrico consentirebbe una perdita di peso media pari al 65% dell'eccesso ponderale (Brugnoli A., Saiani L. 2022) e determinerebbe una alterazione positiva nella composizione del microbioma del tratto gastro-intestinale, portando in ultimo anche ad una riduzione dell'infiammazione cronica e delle comorbidità ad essa correlate (Stefura T. et al., 2022).

L'intervento si associa ad una serie di possibili complicanze che possono presentarsi in vari momenti nel corso del periodo postoperatori, pertanto vengono divise in complicanze precoci (con comparsa nei primi 30gg post operatori) e tardive (con comparsa nel lungo termine, dopo il primo mese postoperatorio).

Sono complicanze precoci del Bypass Gastrico: embolia polmonare, insufficienza respiratoria, SSI, fistola della prima anastomosi (gastro-digiunale), fistola della sutura a livello della tasca gastrica o dello stomaco escluso, emorragia della linea di sutura o delle anastomosi.

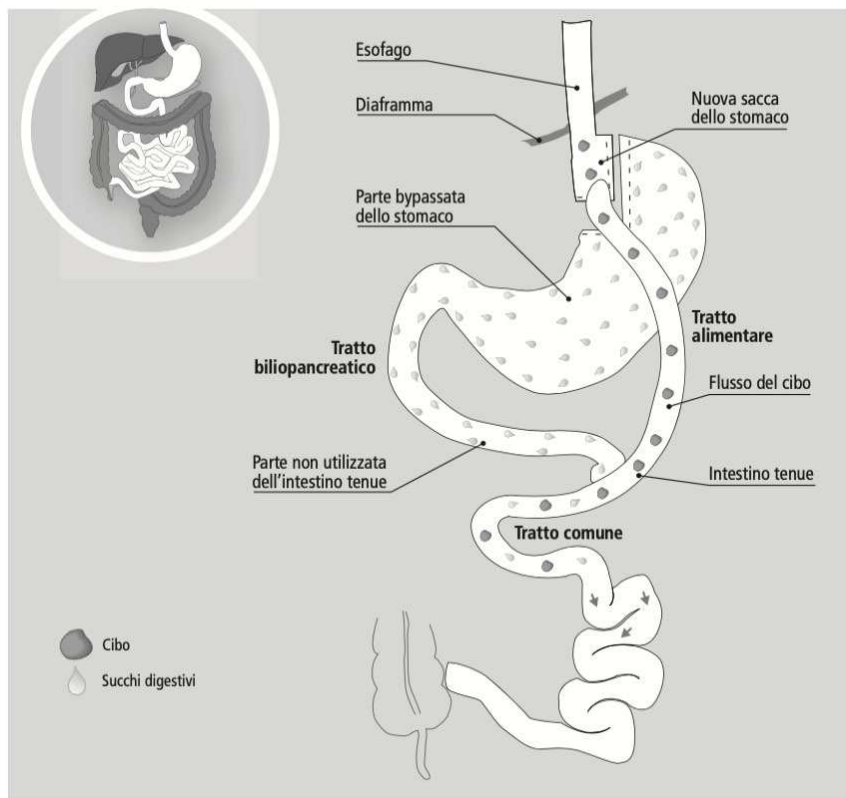
Sono complicanze tardive: ulcera perianastomotica, stenosi della anastomosi gastro-digiunale, erniazione della ferita chirurgica, esofagite da reflusso biliare, occlusione intestinale, malnutrizione (per malassorbimento), anemia da carenza di ferro e soprattutto da deficit di B12 e/o acido folico, osteoporosi da deficit di calcio.

Importante porre l'accento su quella che è forse la complicanza più specifica per questo tipo di intervento bariatrico: la *Dumping Syndrome* o sindrome da svuotamento (Brugnoli

A., Saiani L. 2022). Sostanzialmente consiste in un anomalo svuotamento gastrico che può avvenire o subito dopo i pasti (10-30 min) o a distanza di 2-3h dagli stessi. In particolare dopo un pasto abbondante, a seguito dell'intervento i liquidi ipertonici passano molto rapidamente dall'ambiente gastrico a quello intestinale, sovradistendendo le anse e determinando una contrazione del volume plasmatico tali da causare sintomi spiacevoli quali crampi e dolori addominali, nausea, ipovolemia con debolezza, capogiri, tachicardia e la cosiddetta "ipoglicemia alimentare"⁴.

Figura 3

Bypass Gastrico (Foschi D. et al., 2016, p. 50)



⁴ Ipoglicemia causata da un brusco aumento della glicemia nel periodo post-prandiale (per via della massiccia presenza di zuccheri a livello intestinale), al quale fa seguito come risposta un importante incremento del rilascio pancreatico di insulina, tale da abbassare altrettanto rapidamente i livelli ematici di glucosio.

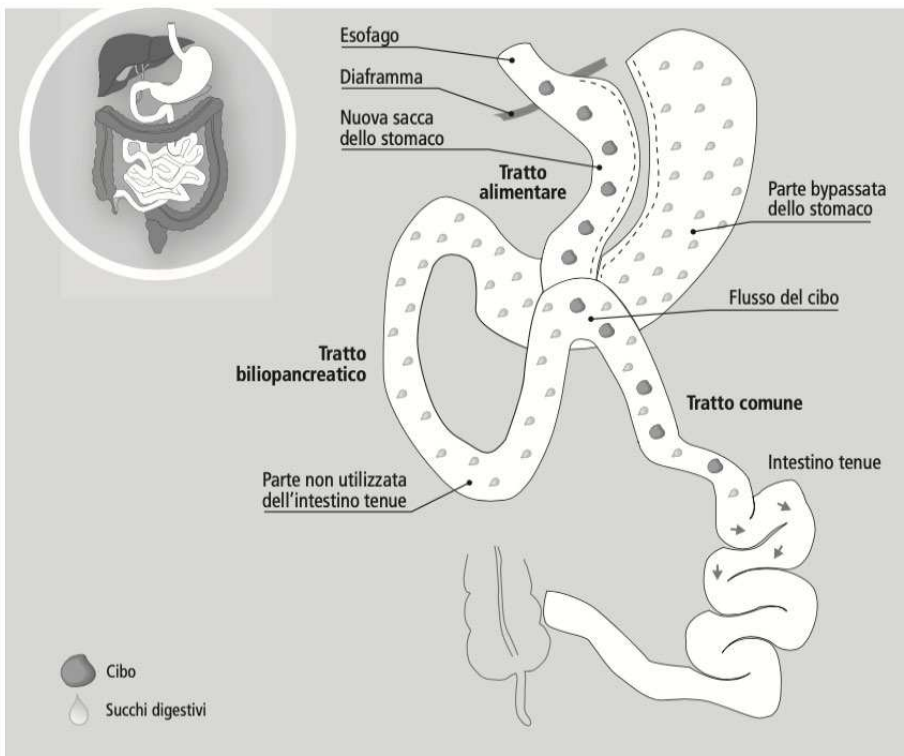
1.2.5 Il Mini Bypass Gastrico

Anche detto Bypass gastrico con anastomosi singola (SAGB). Prevede il confezionamento di una piccola tasca gastrica (circa 60mL), “chiusa” ed esclusa dallo stomaco residuo (che non viene quindi rimosso), collegata al tenue con una anastomosi termino-laterale ad una distanza dal duodeno tipicamente (ma non necessariamente) pari a 200cm. Questa distanza anastomosi gastrica-valvola ileo cecale può variare dai 200 ai 600cm, ed è proprio questo elemento quello che va ad influire maggiormente sull’effetto malassorbitivo dell’intervento. (**figura 4**).

È considerata un’alternativa meno invasiva rispetto al classico Bypass Gastrico, principalmente perchè non prevede il confezionamento della seconda anastomosi, riducendo in parte le relative complicanze (in particolare il rischio di fistola, occlusione, ernie interne a livello del tratto mesenterico) ed accorciando i tempi intraoperatori e la degenza postoperatoria (Brugnoli A., Saiani L. 2022)

Figura 4

Mini bypass gastrico (Foschi D. et al., 2016, p 52)



1.2.6 La Diversione Biliopancreatica (BPD)

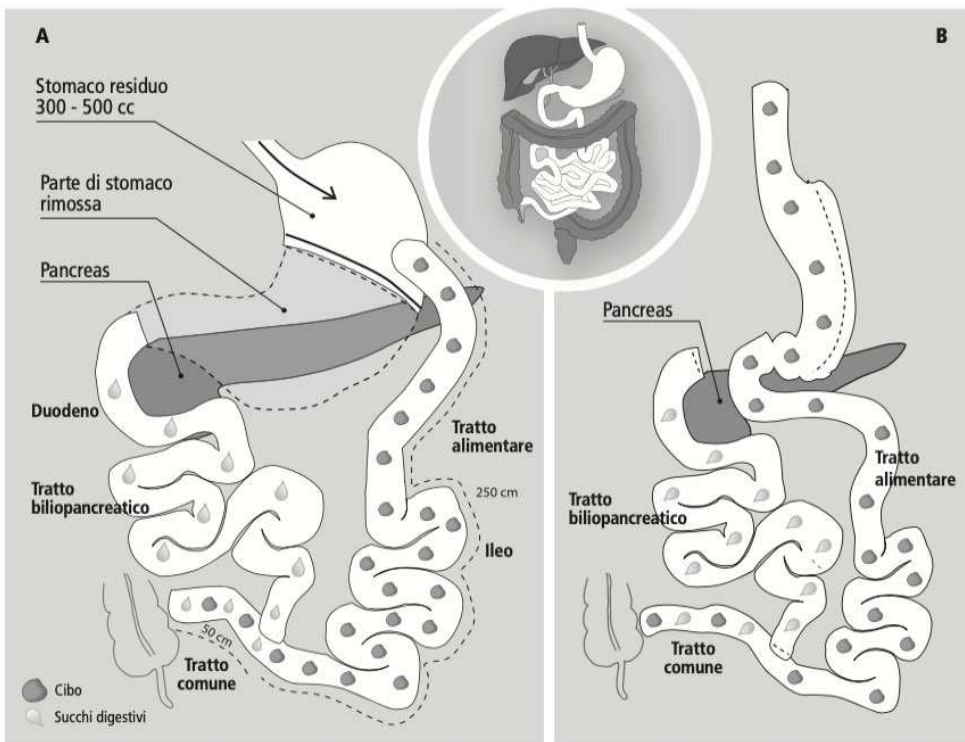
La Diversione Biliopancreatica viene eseguita in due differenti varianti: secondo Scopinaro e nella versione con switch duodenale. (**figura 5**)

Nella BDP sec. Scopinaro, vengono resecati circa i 2/3 distali dello stomaco (400mL), creando una tasca gastrica. A livello intestinale, il duodeno viene sezionato a circa 2-3cm distalmente dalla valvola pilorica, il tenue a circa 300cm dalla valvola ileo-cecale. Si procede confezionando una anastomosi termino-terminale gastro-ileale, ed una seconda anastomosi termino-laterale ileo-ileale. Ne deriva la creazione di un tratto alimentare di una lunghezza pari a 250cm, ed uno comune di 50cm. In alcuni casi viene eseguita anche una colecistectomia a scopo profilattico.

Nella tecnica con switch duodenale, la tasca gastrica viene confezionata con un sezionamento verticale dell'organo (e non orizzontale-obliquo, come nella tecnica sec. Scopinaro), rendendo l'intervento in parte simile a quello della SG.

Figura 5

Diversione Biliopancreatica sec Scopinaro (A) e con switch duodenale (B) (Foschi D. et al., 2016, p. 51)



1.2.7 Il Bypass Biliointestinale

L'intervento in questione prevede la creazione di un circuito lungo circa 45-65 cm, confezionando un'anastomosi tra i primi 30cm di digiuno e gli ultimi 12-20cm di ileo. Ne deriva l'esclusione di un'ansa intestinale, che non viene dedicata al transito alimentare, anastomizzata poi alla colecisti.

1.2.8 Il Palloncino endogastrico

Anche detto palloncino intragastrico (BIB). La procedura viene tipicamente eseguita per via endoscopica (tipicamente in sedazione lieve, raramente in sedazione profonda o anestesia generale), e nello specifico via os o sotto guida endoscopica. Nello stomaco, il palloncino viene riempito con fisiologica o blu di metilene (per evidenziarne una eventuale rottura).

Una volta in sede, il palloncino favorisce la perdita di peso sfruttando specifici meccanismi: rallentamento dello svuotamento gastrico, stimolazione dei barocettori gastrici e quindi del senso di sazietà, effetto placebo. Non si tratta di un intervento irreversibile, poiché il palloncino può rimanere in sede massimo 180 giorni (6 mesi). La rimozione avviene per via naturale, o con un ulteriore intervento via endoscopica.

Il posizionamento deve necessariamente essere preceduto da appropriati studi diagnostici, volti ad escludere la presenza di condizioni anatomiche e/o patologiche nel paziente, tali da rendere questa opzione non praticabile. Sono infatti controindicazioni specifiche a questa procedura: paziente non in grado di seguire il follow up post operatorio, esofagite, variabili anatomiche che impediscono la via endoscopica, uso cronico di specifici farmaci (FANS, steroidi ed anticoagulanti), patologia peptica in corso, pregresso intervento addominale (in particolare a livello gastrico), ernia iatale >5 cm, reflusso gastro-esofageo, lesioni gastriche a rischio di sanguinamento, infiammazioni croniche dell'intestino, gravidanza e alcuni DCA (Brugnoli A., Saiani L. 2022).

Le principali complicanze legate al posizionamento del Palloncino endogastrico sono: dilatazione gastrica acuta, perforazione gastrica acuta, ostruzione gastrica, esofagite ed ulcera gastrica, rottura accidentale del palloncino (che il paziente può avvertire come un aumento della tolleranza al cibo e/o osservando il colore delle urine, nel caso in cui il dispositivo sia stato riempito con blu di metilene), nausea non responsiva fino a vomito (per intolleranza al palloncino).

1.2.9 Il trattamento perioperatorio del paziente bariatrico

Prima dell'intervento, come indicato dalle Linee Guida SICOB (2008, 2016, 2023) al paziente candidato viene richiesta l'introduzione di una serie di modifiche comportamentali ed azioni di preparazione, necessarie a migliorare gli *outcome* clinico-chirurgici ed a ridurre il rischio operatorio.

In primo luogo, è raccomandata una riduzione del peso corporeo da ottenere tramite l'adesione ad una dieta ipocalorica e/o tendenzialmente chetogena, nonché grazie all'adesione ad un programma standardizzato di esercizio fisico (che dovrà essere continuato anche nel periodo postoperatorio). Viene inoltre raccomandata l'assunzione di integratori vitaminici, ed in particolare base di vitamina B12 e D3 a dosi congrue, per ridurre il rischio postoperatorio di deficit (Brugnoli A. e Saiali L. 2022; SICOB 2023).

Un altro aspetto importante della preparazione preoperatoria è il controllo glicemico. Il target è il raggiungimento di valori di emoglobina glicata <6,5-7%, una glicemia basale < 110mg/dL e di una glicemia a 2h post carico orale di 75g di glucosio <140mg/dL (Foschi D. et al., 2016). È altresì indicato un adeguato controllo, tramite trattamento farmacologico, di ipotiroidismo clinico e di tutte le patologie cardiovascolari che aumentano significativamente il rischio operatorio.

Per le donne, è opportuno specificare che nel periodo perioperatorio (sia prima che dopo l'intervento) eventuali gravidanze andrebbero evitate, e che ogni contraccettivo orale andrebbe sospeso con un adeguato anticipo.

Gli esercizi respiratori nel periodo pre- e postoperatorio sono indicati per tutti i candidati a chirurgia bariatrica e visto l'elevato rischio di infezione proprio del paziente obeso, è sempre indicata la profilassi antibiotica preoperatoria con 2g o 3g di *Cefazolina* (farmaco di prima scelta) a seconda del BMI.

Va prevista una profilassi antitrombotica, tipicamente basata sulla somministrazione di eparina a basso peso molecolare e l'impiego di compressione meccanica intermittente, tale da bilanciare efficacemente da una parte il rischio trombotico, dall'altro quello emorragico. Da questo punto di vista, è da notare che il fatto che per l'odierna chirurgia bariatrica la tecnica laparoscopica rappresenti sempre la prima scelta, fornisce importanti vantaggi soprattutto in termini di possibilità di una mobilizzazione precoce del paziente.

Per quanto riguarda la gestione postoperatoria del paziente bariatrico, le Linee Guida del 2023 non indicano la necessità assoluta di fare ricorso ai farmaci approvati per l'obesità

al fine di mantenere il peso perso e prevenirne il recupero (che in alcuni casi viene stimato arrivare a circa il 15-20%, rendendo necessario un re-intervento revisionale) (SICOB, 2023). Piuttosto, vi è forte raccomandazione di avviare tutti i pazienti sottoposti ad un intervento di chirurgia bariatrica ad un follow-up multidisciplinare post-chirurgico. L'adesione ad un simile programma di follow-up a lungo termine, congiuntamente all'introduzione di opportune modifiche allo stile di vita (alimentazione, esercizio fisico), sarebbe di per sé efficace nel garantire il mantenimento del peso perso grazie all'intervento (SICOB, 2023).

1.2.10 Il protocollo ERAS

Già nelle Linee Guida SICOB 2016 viene citato il protocollo Enhanced Recovery After Surgery (ERAS), descritto come una serie di azioni volte ad ottenere un precoce recupero delle condizioni dei pazienti (alimentazione, eliminazione, mobilizzazione e deambulazione), nonché a ridurre la durata della degenza (e quindi i costi sanitari, ma anche i rischi clinici, ad essa associati). Al tempo si trattava di un aspetto ancora in evoluzione, ma era già ben chiaro che sarebbe diventato l'approccio d'elezione all'assistenza perioperatoria del paziente bariatrico.

Il protocollo ERAS in sostanza permette un'ottimizzazione dell'assistenza perioperatoria del paziente candidato all'intervento bariatrico, tramite l'applicazione di “[...] misure di prevenzione e terapia basate sull'evidenza per standardizzare e ottimizzare la cura del paziente grande obeso operato” (Foschi D. et al., 2016, p. 40).

Tali azioni coinvolgono tutti i membri dell'equipe multidisciplinare che ruota attorno al paziente, e si distribuiscono in ciascuno dei tre principali momenti che caratterizzano l'assistenza al paziente chirurgico: preoperatorio, intraoperatorio e postoperatorio (Smith T. W. et al., 2020).

Le misure preoperatorie includono la completa informazione del paziente, l'introduzione di adeguati livelli di attività fisica, correzione del regime alimentare e introduzione di opportune supplementazioni, calo ponderale soddisfacente, digiuno dai liquidi da iniziare almeno 2h prima dell'intervento.

Le misure intraoperatorie possono essere riassunte con: somministrazione di glucocorticoidi nella pre-anestesia, corretto posizionamento del paziente sul letto operatorio, prevenzione dell'ipotermia, impiego di una adeguata pressione positiva di fine

espirazione (PEEP) nel corso della ventilazione meccanica intraoperatoria, uso di anestetici quali *Remifentanil* e *Sugammadex*, approccio laparoscopico, adeguata somministrazione di liquidi ev, evitare il posizionamento di un drenaggio e del sondino naso gastrico (per il maggior rischio infettivo), ottimizzazione dell'analgia (uso di analgesia intraperitoneale a livello del sito di inserimento dei trocar) ed uso appropriato di farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) per il controllo del dolore postoperatorio (tenendo conto che si tratta pur sempre di farmaci gastrolesivi, e quindi da utilizzare con moderazione nel paziente che ha subito un intervento nel tratto gastro digerente, Brugnoli A. e Saiani L. 2022).

Infine, le misure postoperatorie che rientrano nel protocollo ERAS si riferiscono all'impiego di ossigenoterapia, alla mobilizzazione precoce del paziente ed ad una appropriata profilassi antitrombotica.

Una recente metanalisi condotta da Gao B. et al. (2023), la prima sull'argomento, va a comparare la gestione postoperatoria tradizionale con l'applicazione del protocollo ERAS nei pazienti sottoposti a chirurgia bariatrica mini-invasiva (via laparoscopica, che interessa la maggior parte degli interventi bariatrici). Lo studio prende in esame gli *outcome* clinico-chirurgici ed il tasso di complicanze che richiedono un ulteriore ricovero nel breve termine (30gg). I risultati dello studio sembrano non solo confermare la sicurezza del protocollo ERAS per questo particolare tipo di paziente chirurgico, ma vanno anche a sottolineare i vantaggi in termini di durata della degenza postoperatoria, costi dell'ospedalizzazione e incidenza di un secondo ricovero (per complicanze) entro 1 mese dall'intervento.

1.3 Percorso Diagnostico-terapeutico Assistenziale per il paziente grande obeso: focus sul follow up postoperatorio

Le Linee Guida SICOB (in maniera concorde, 2008, 2016 e 2023) raccomandano di concordare col paziente sin dal periodo preoperatorio (o meglio, come criterio di selezione stessa del paziente) il successivo programma di follow up, sottolineando l'assoluta necessità dell'adesione ai controlli clinici e strumentali periodici postoperatori. La frequenza di questi incontri dovrebbe essere stabilita tenendo conto dello specifico intervento cui il paziente si è sottoposto. Nella seguente tabella (**tabella 3**) sono riportate

sinteticamente le indicazioni SICOB (confermate anche nelle più recenti Linee Guida) circa la cadenza dei controlli, nonché sul tipo di valutazioni che è opportuno effettuare, con riferimento al tipo operazione chirurgica praticata.

Tabella 3

Indicazioni SICOB circa il follow up dopo chirurgia bariatrica (elaborazione a cura della candidata)

Tipo di intervento	Cadenza controlli	Esami e valutazioni
Restrittivo e a tecnica mista	<p>Primo controllo 1 mese (30 gg) post intervento; successivi controlli ogni 3 mesi fino al raggiungimento di un peso adeguato; seguenti controlli circa 1/anno senza un termine ultimo (idealmente, tutta la vita).</p> <p>Nel Bypass Gastrico e nella Sleeve Gastrectomy: primo controllo 1 mese (30gg) post intervento, ogni 3 mesi nel primo anno, ogni 6 mesi nel secondo anno, a partire dal terzo anno 1/anno.</p>	<p>Regolazione del Bendaggio Gastrico (in caso di AGB); valutazione dello stato nutrizionale del paziente ed in particolare monitoraggio di eventuali deficit vitaminici, con eventuale prescrizione di supplementazione; esami di laboratorio per la valutazione dello stato metabolico e nutrizionale (es glucosio, ferro, ferritina, vit B12, vit D3, paratormone, Ca, Mg, Cu), la funzionalità renale ed epatica; valutazione di eventuale comparsa di intolleranza secondaria a lattosio; informazione del paziente circa <i>Dumping syndrome</i> e ipoglicemia; prescrizione Inibitori della</p>

		Pompa Protonica (PPI); aggiustamenti farmacologici vari; profilassi della colelitiasi (Acido Ursodesossicolico).
Malassorbitivo	Primo controllo 1 mese post intervento, poi ogni 3 mesi per il primo anno, ogni 6 mesi nel secondo anno ed 1/anno a partire per il terzo anno e senza un termine ultimo (idealmente, tutta la vita).	Prescrizione di supplementi orali a base di vitamine (forma idrosolubile) e micronutrienti; prescrizione supplementazione di Calcio citrato; valutazione dell'apporto proteico della dieta; valutazione dello stato metabolico e nutrizionale (es emocromo completo, esame urine, dosaggi ematici di glucosio, albumina, ferro, ferritina, transferrina, vit B12, vit D3, paratormone, fosfatasi alcalina ossea), della funzionalità epatica e renale; prescrizione di PPI; valutazione eventuale presenza di gonfiore addominale e flatulenze.

Un altro aspetto fondamentale del follow up post intervento bariatrico, che emerge in maniera più spiccata dalle Linee Guida SICOB 2008, è l'attenzione per la valutazione della qualità di vita del paziente, intesa anch'essa come un importante *outcome* clinico-chirurgico, al pari del calo ponderale e dell'assenza di complicanze chirurgiche.

Per qualità di vita è inteso sia il miglioramento del quadro clinico generale del paziente, in particolare con riferimento alle patologie associate all'eccesso ponderale, sia il miglioramento della vita sociale, lavorativa e sessuale della persona, ovvero la sua sfera relazionale.

La qualità di vita dopo la chirurgia bariatrica viene tipicamente misurata per mezzo di questionari, somministrati ai pazienti in occasione dei controlli di follow up postoperatorio. Uno dei più usati è certamente il BAROS⁵ (**figura 6**), uno strumento di valutazione standardizzato, multiparametrico, che analizza con un approccio globale ed olistico aspetti come la perdita di peso, le modificazioni delle condizioni mediche associate all'obesità (che possono migliorare, risolversi, peggiorare o rimanere invariate), complicanze e reinterventi, e la qualità di vita in termini di attività fisica, vita sociale, lavoro, vita sessuale (Costa J. M., Soares J. B., 2015). Si tratta di uno strumento semplice da comprendere e da compilare, che può essere somministrato e letto sia dal medico che da altre figure professionali, per esempio l'Infermiere, in qualsiasi setting assistenziale.

Il questionario presenta al paziente una serie di situazioni relative alla qualità di vita, a ciascuna delle quali viene assegnato un punteggio, che viene poi sommato ai punteggi derivanti dagli altri parametri (perdita di peso, espressa in EW%L, e comorbilità). Il punteggio finale così ottenuto viene integrato ad elementi che hanno a che fare con l'eventuale presenza di complicanze, effetti collaterali della chirurgia inclusi, e reinterventi. Lo score globale finale viene stratificato in maniera tale che >1 = fallimento della chirurgia (nel garantire una migliore qualità di vita alla Persona), 1-3 = risultato discreto, 3-5 risultato buono, 5-7 risultato molto buono, e 7-9 risultato eccellente.

A seguito della chirurgia bariatrica, non sono rari gli effetti collaterali riportati dai pazienti. Tra i principali: scarsa tolleranza al cibo (con senso spiacevole di sazietà e

⁵ *Bariatric Analysis and Reporting Outcome System* (BAROS) è stato messo a punto nel 1998 dalla NIH Consensus Conference, vista la necessità di avere uno strumento standardizzato per la valutazione e la registrazione degli *outcome* della chirurgia bariatrica (Costa J. M., Soares J. B., 2015).

pienezza precoce, nausea, inappetenza), intolleranze alimentari (per esempio al lattosio), eccesso di evacuazioni, diarrea...

Questi effetti collaterali hanno un ruolo importante nel determinare un relativo peggioramento della qualità di vita del paziente operato, andando in ultimo a ridurre l'effettivo grado di successo dell'intervento. Per tale ragione, un follow up realmente efficace ed accurato dovrebbe tenerne conto, per poter mettere in atto a livello multidisciplinare appropriate azioni volte al miglioramento di questo importante aspetto.

Figura 6

Questionario BAROS per la valutazione della qualità della vita dopo la chirurgia bariatrica (Forestieri P. et al.,2008, p 59)

QUESTIONARIO SULLA QUALITÀ DI VITA (MOOREHEAD-ARDELT QoL-QUESTIONNAIRE)		
EW%L (punti)	COMORBILITÀ (punti)	Paziente _____ Data _____
Incremento ponderale (-1)	Aggravate (-1)	Autostima Molto peggiorata <input type="checkbox"/> -1 Peggiorata <input type="checkbox"/> -0,5 Invariata <input type="checkbox"/> 0 Migliorata <input type="checkbox"/> +0,5 Molto migliorata <input type="checkbox"/> +1
0-24 (0)	Invariate (0)	Condizioni fisiche Molto peggiorata <input type="checkbox"/> -0,5 Peggiorata <input type="checkbox"/> -0,25 Invariata <input type="checkbox"/> 0 Migliorata <input type="checkbox"/> +0,25 Molto migliorata <input type="checkbox"/> +0,5
25-49 (1)	Migliorate (1)	Rapporti sociali Molto peggiorati <input type="checkbox"/> -0,5 Peggiorati <input type="checkbox"/> -0,25 Invariati <input type="checkbox"/> 0 Migliorati <input type="checkbox"/> +0,25 Molto migliorati <input type="checkbox"/> +0,5
50-74 (2)	Una maggiore risolta Altre migliorate (2)	Situazione lavorativa Molto peggiorata <input type="checkbox"/> -0,5 Peggiorata <input type="checkbox"/> -0,25 Invariata <input type="checkbox"/> 0 Migliorata <input type="checkbox"/> +0,25 Molto migliorata <input type="checkbox"/> +0,5
75-100 (3)	Tutte le maggiori risolte Altre migliorate (3)	Attività sessuale Molto peggiorata <input type="checkbox"/> -0,5 Peggiorata <input type="checkbox"/> -0,25 Invariata <input type="checkbox"/> 0 Migliorata <input type="checkbox"/> +0,25 Molto migliorata <input type="checkbox"/> +0,5
subtotale	subtotale	subtotale
COMPLICANZE Minori: sottrarre 0,2 punti Maggiori: sottrarre 1 punto		REINTERVENTO Sottrarre 1 punto
Punteggio totale <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 5px auto;"></div>		RISULTATI FALLIMENTO 1 punto o meno DISCRETO > 1 a 3 punti BUONO > 3 a 5 punti MOLTO BUONO > 5 a 7 punti ECCELLENTE < 7 a 9 punti

Infine, le Linee Guida raccomandano che accanto ai risultati dell'intervento in termini di calo ponderale e qualità di vita, il follow up protratto nel tempo vada anche ad indagare sull'effettiva capacità della Persona di mantenere i risultati raggiunti. Non esiste un soddisfacente risultato a lungo termine, permanente, senza la collaborazione e la piena partecipazione della Persona alle scelte che riguardano la propria salute, nonché la sua adesione alle indicazioni terapeutiche, ai cambiamenti di vita suggeriti (alimentazione, esercizio fisico) ed in ultimo allo stesso follow up.

In assenza di un simile impegno da parte del paziente stesso, il recupero del peso perso è una prospettiva concreta, in particolare nel caso in cui sia stato eseguito un intervento di tipo restrittivo (per cui il risultato nel lungo termine risulta più dipendente dal grado di compliance della Persona) (Forestieri P. et al., 2008).

Ecco che il follow up dovrebbe accompagnare la persona sin dai primi periodi post intervento, ed idealmente per tutta la vita, in modo da fornire un percorso di monitoraggio ed opportuno supporto multidisciplinare in caso di necessità (identificazione e gestione delle complicanze di vario grado e delle eventuali difficoltà a seguire le indicazioni fornite).

Il follow up dovrebbe essere coordinato dal Centro bariatrico di riferimento, o comunque presso il quale la Persona è stata operata e dove viene quindi seguita dall'apposita equipe, con specifici percorsi sia chirurgici che internistici, ma anche psicologici e/o di altro genere.

Più autori sottolineano come, in particolar modo per alcuni interventi, i risultati della chirurgia (in termini di % di successo ed insuccesso, complicanze, effetti collaterali, reinterventi) dipendano in buona parte (ma certamente non del tutto) dal grado di motivazione ed adesione degli stessi pazienti ai controlli periodici prescritti e previsti.

1.4 L'esperienza di un Centro affiliato SICOB: i dati dalla realtà dell'AOU delle Marche

Si stanno diffondendo sempre più sul territorio nazionale Centri interdisciplinari per la terapia chirurgica bariatrica, sempre più avanzati e migliorati sia dal punto di vista tecnologico sia dal punto di vista del personale sanitario specificamente formato.

La SICOB riconosce come Centri accreditati quelle strutture che presentano specifici requisiti strutturali e funzionali, riconosciuti a livello nazionale come essenziali per il corretto e sicuro trattamento chirurgico dell'obesità.

È raccomandato che la terapia chirurgica sia eseguita solo ed unicamente in Centri provvisti di una equipe interdisciplinare dedicata al trattamento dell'obesità grave, dotati inoltre di una Unità Operativa (UO) di Rianimazione o di terapia intensiva.

L'equipe dovrebbe essere composta almeno da chirurgo bariatrico, chirurgo plastico, nutrizionista/dietista, psichiatra/psicologo, anestesista, endoscopista, cardiologo, pneumologo, psichiatra.

L'equipe così composta dovrebbe prendere in carico il paziente sin dalla diagnosi, selezionando i pazienti eleggibili a chirurgia bariatrica, scegliendo l'intervento più indicato, seguendo la Persona nella fase pre- e postoperatoria, gestendo le eventuali complicanze e programmando un opportuno follow-up.

I suddetti Centri dovrebbero quindi essere in grado di fornire al paziente obeso una assistenza quanto più globale, nell'ottica della garanzia della continuità assistenziale: il paziente deve avere la possibilità di accedere al Centro in maniera facilitata in caso di urgenze (complicanze degli interventi) ed è necessario un buon grado di coordinamento anche con le figure professionali appartenenti ad altri presidi e setting, in modo tale che eventuali criticità legate al post-operatorio vengano intercettate e trattate il prima possibile.

La SICOB differenzia i Centri accreditati in tre livelli: Centri affiliati (> 25 interventi/anno), Centri accreditati (>50 interventi/anno) ed i Centri di riferimento/eccellenza (> 100 interventi/anno), promuovendo la diffusione degli ultimi almeno a livello regionale. La distinzione tiene inoltre conto anche del tipo di procedure eseguite (complessità dell'intervento) e dell'esperienza in chirurgia laparoscopica

avanzata ed in chirurgia bariatrica di revisione⁶(Forestieri P. et al., 2008; Foschi D. et al., 2016). Sono previsti, e fortemente raccomandati, programmi didattici nazionali e training specifici ai quali i chirurghi operanti in questi Centri dovrebbero aderire.

Un altro elemento sul quale SICOB pone l'accento, identificandolo come un terzo criterio di inclusione al quale il Centro deve rispondere per poter ottenere l'accreditamento, è la capacità di garantire il follow up postoperatorio di almeno il 50% dei pazienti bariatrici operati nel corso dell'anno.

Con quasi 300 interventi bariatrici eseguiti dal 2013 ad oggi ad opera dell'equipe chirurgica della UO Clinica di Chirurgia Generale e D'Urgenza, l'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche (AOU delle Marche) non raggiunge ancora i volumi di attività minima annuale tale da poter essere considerata un Centro accreditato SICOB, ma ben risponde a tutti gli altri criteri di inclusione (**figura 7**) e risulta già affiliata alla società, identificandosi come una promettente candidata all'accreditamento.

Dal Registro Nazionale SICOB risulta che presso il Centro siano stati eseguiti, dal 2013 al 2024, 209 interventi di chirurgia bariatrica primaria.

Tra questi:

- 2 interventi di Plicatura gastrica (nei primissimi anni di attività bariatrica del Centro)
- 1 Gastroplastica Verticale⁷;
- 13 Bypass gastrici (il primo nel 2018);
- 7 posizionamenti di Bendaggio Gastrico Regolabile (tra il 2015 ed il 2018);
- 8 Mini Bypass gastrici (negli anni 2022-2023);
- 178 *Sleeve Gastrectomy*.

A questi, vanno aggiunti gli interventi di chirurgia bariatrica di revisione.

⁶ Secondo intervento di chirurgia bariatrica, eseguito in elezione o in urgenza, a seguito del fallimento o della complicazione di un primo intervento.

⁷ Intervento ormai in disuso, secondo quanto riportato dalle Linee Guida SICOB 2016 e 2023.

Figura 7

Criteria di accreditamento dei Centri SICOB

(https://www.sicob.org/03_attivita/centri_accreditati_sicob.aspx , ultima consultazione 28/03/2024)

CRITERI	Centro di Eccellenza	Centro Accreditato	Centro Affiliato
Il centro segue i criteri di selezione dei pazienti (PDTA formalizzato)	SI	SI	SI
Il centro inserisce la sua casistica nel Registro Nazionale SICOB	SI	SI	SI
Il centro dispone di un follow-up dei pazienti superiore al 50%, regolarmente inserito nel Registro Nazionale SICOB	SI	SI	SI
Il Responsabile dell'evento è iscritto e partecipa alla SICOB da più di tre anni	SI	NO	NO
Il centro dispone di un team multidisciplinare iscritto alla società (Chirurgo - Nutrizionista - Psicologo/Psichiatra)	SI	SI	SI
Il centro esegue un numero minimo di procedure chirurgiche riconosciute dalla SICOB pari a	4	3	2
Il centro ha un volume minimo di attività annuo pari a casi	100	50	25
Il centro ha un volume minimo di Re-Do surgery Annuo	15	-	-
Il centro dispone di terapia intensiva nella struttura di ubicazione del Centro	SI	SI	SI oppure è disponibile in convenzione con altra struttura

A seguire verranno riportati i dati di maggior rilevanza relativi agli interventi bariatrici qui eseguiti, con riferimento all'arco di tempo 2014-2018. La scelta del target temporale è stata fatta in modo da poter prendere in considerazione pazienti con un percorso postoperatorio di follow up omogeneo, ovvero per i quali fossero disponibili i dati dei controlli di follow up ad almeno 5 anni dall'intervento. **(tabella 4)**

I dati sono stati direttamente estratti dal Registro Nazionale SICOB, che racchiude l'intero percorso dei pazienti operati presso ogni Centro accreditato e non, ivi incluse le informazioni derivanti da ciascun controllo di follow up. L'ultima consultazione del Registro risale al Marzo 2024.

Sono stati presi in considerazione variabili quali: età e sesso del paziente, peso (in kg) e BMI (kg/m²) prima e dopo l'intervento, tipo di intervento bariatrico, eventuali complicanze registrate. Inoltre, è stata valutata la stessa disponibilità dei dati, ovvero l'adesione del paziente al programma di follow up postoperatorio.

Come già accennato, il peso ed il BMI post intervento fanno riferimento ai dati del follow up a 5 anni post intervento, con riferimento agli operati dal 2014 al 2018.

Per quanto riguarda il tipo di intervento, sono state utilizzate le seguenti sigle: SG per la *Sleeve Gastrectomy*, BPG per il Bypass Gastrico, MGB per il Mini Bypass Gastrico, GV per Gastroplastica Verticale, AGB per il Bendaggio Gastrico Regolabile.

In quanto alle complicanze, sono state prese in considerazione le problematiche più comuni che la stessa SICOB ritiene di maggior rilevanza per ciascun tipo di intervento. Nello specifico: anemia, iposideremia, deficit vitaminici ed in particolare carenza di vit B12, iperparatiroidismo per quanto riguarda il BPG; dilatazione della tasca, esofagite ed anemia per quanto riguarda la SG; laparocoele, anemia, iposideremia, deficit vitaminici ed in particolare carenza di vit B12, iperparatiroidismo per quanto riguarda il MGB.

Ulteriori complicanze, meno comuni ma comunque riportare, sono state eventualmente inserite in aggiunta a quelle sopracitate.

Laddove il dato non era disponibile per mancanza di un follow up adeguato, è stato segnalato con “n.d”.

I dati sopracitati verranno in ultimo brevemente analizzati e discussi (*Par. 1.4.1*), in modo da arrivare a definire il “prototipo” di paziente bariatrico, sul quale potersi basare per la costruzione di un Piano Assistenziale infermieristico oggetto dell’elaborato.

Tabella 4

Dati dal Registro Nazionale SICOB relativi all'AOU delle Marche (elaborazione a cura della candidata)

#Intervento	Età	Sesso	Peso pre (kg)	BMI pre	Peso post (kg)	BMI post	Tipo di intervento	Complicanze	Adesione
#1	49	F	119	41,18	83	28,72	SG	No	No
#2	37	M	123,6	41,78	88	29,75	SG	No	Si
#3	27	M	150	40,69	106	28,75	SG	No	Si
#4	38	F	118	49,12	74	30,08	SG	No	Si
#5	28	F	129	43,1	98	33,41	SG	No	Si
#6	44	M	147	48	105	34,29	SG	No	Si
#7	56	F	103,5	42,53	98	40,27	SG	No	Si
#8	48	M	130	45,52	90	31,51	SG	No	Si
#9	49	F	120	46,87	90	35,16	SG	No	Si
#10	41	F	138	50,96	125	45,91	GV	No	Si
#11	44	M	140	40,91	146	42,66	SG	+6kg	Si
#12	43	F	117	50,64	75	32,46	SG	No	Si
#13	46	M	130	42,94	100	33,03	SG	No	Si
#14	48	F	120	39,18	118	38,53	AGB	No	Si
#15	51	M	183	61,68	157	53,07	SG	No	Si
#16	29	M	165	60,61	84	30,85	SG	No	Si
#17	44	F	140	50,81	84	30,48	SG	No	Si
#18	48	F	93	40,79	66	28,95	SG	No	Si
#19	34	F	106	41,15	68	25,91	SG	No	Si
#20	26	F	112	40,16	78	27,97	SG	No	Si
#21	46	F	132	46,77	n.d	n.d	AGB	n.d	No
#22	42	F	115	42,24	65	23,88	SG	No	Si
#23	33	M	120	42,52	77	27,28	SG	No	Si
#24	41	F	102	42,46	60	23,73	SG	No	Si
#25	49	F	125	43,25	90	31,14	SG	No	Si
#26	41	F	102	37,37	68	24,98	SG	No	Si

#27	54	F	114	43,44	104	39,63	SG	Esofagite, ernia iatale peggiolata	Si
#28	40	F	126	46,28	90	33,06	AGB	No	Si
#29	31	F	140	48,44	100	34,6	SG	No	Si
#30	43	M	145	45,25	82	25,99	SG	No	Si
#31	42	F	106	41,41	126	49,22	AGB	+20kg	Si
#32	40	F	140	44,19	90	28,41	SG	No	Si
#33	56	F	107	40,27	70	26,35	SG	No	Si
#34	55	M	161	50,25	138	43,07	SG	Esofagite	Si
#35	46	F	131	45,87	82	28,71	SG	Esofagite	Si
#36	47	M	124	40,29	92	30,04	SG	No	Si
#37	55	F	145	45,76	110	34,72	SG	No	Si
#38	48	F	107	47,56	76	33,78	SG	No	Si
#39	28	F	115	43,28	74	27,85	SG	No	Si
#40	53	F	102	41,91	70	28,76	SG	No	Si
#41	43	F	130	46,06	72	26,51	SG	No	Si
#42	54	F	116	43,66	101	38,01	SG	No	Si
#43	45	F	120	43,55	84	30,48	SG	No	Si
#44	61	F	115	42,24	70	25,71	SG	No	Si
#45	43	F	124	51,61	96	39,96	SG	No	Si
#46	46	F	121	47,27	100	39,06	SG	Esofagite	Si
#47	57	F	150	58,59	95	37,11	BPG	No	Si
#48	44	M	138	42,12	120	36,63	SG	Esofagite	Si
#49	42	F	127	47,5	98	31,46	SG	No	Si
#50	55	M	157	43,49	140	38,78	SG	No	Si
#51	27	F	132	41,66	89	25,25	SG	No	Si
#52	40	F	110	42,97	82	32,03	SG	No	Si
#53	34	F	136	48,19	112	39,68	SG	No	Si
#54	51	F	128	48,77	95	36,1	SG	No	Si
#55	54	F	125	47,63	104	39,63	SG	No	Si
#56	50	F	117	48,08	75	30,82	SG	No	Si

#57	49	M	123	37,96	115	35,49	AGB	No	Si
#58	31	F	118	41,81	n.d	n.d	SG	n.d	No
#59	46	F	127	47,8	n.d	n.d	SG	n.d	No
#60	43	F	136	49,95	90	33,06	SG	No	Si
#61	44	F	115	41,73	100	36,29	SG	No	Si
#62	52	M	160	59,49	85	31,6	SG	No	Si
#63	34	M	173	56,49	125	40,82	SG	No	Si
#64	31	F	126	47,06	80	27,68	SG	No	Si
#65	37	F	130	47,06	75	27,22	SG	No	Si
#66	37	M	116	44,75	80	30,96	SG	No	Si
#67	45	F	115	43,28	85	31,99	SG	No	Si
#68	49	M	124	39,14	85	28,83	SG	No	Si
#69	57	M	160	61,73	89	34,34	SG	No	Si
#70	43	F	111	38,41	70	24,22	SG	No	Si
#71	62	F	103	39,25	80	40,48	SG	No	Si
#72	48	F	160	58,77	82	30,12	BPG	No	Si
#73	49	F	116	48,28	82	33,3	BPG	No	Si
#74	49	F	112	39,58	75	26,57	BPG	No	Si
#75	43	M	115	36,3	83	26,2	SG	No	Si
#76	56	F	92	36,06	82	31,25	SG	No	Si
#77	43	M	145	43,77	90	27,17	SG	No	Si
#78	44	F	140	46,78	100	33,41	SG	No	Si
#79	39	F	108	43,82	59	23,94	BPG	No	Si
#80	50	F	110	42,44	80	30,86	SG	No	Si
#81	34	F	137	44,73	87	27,76	SG	Anemia	Si

1.4.1 Chi è il paziente bariatrico?

Sono stati presi in considerazione gli interventi di chirurgia bariatrica eseguiti presso il Centro affiliato SICOB AOU delle Marche nell'arco di tempo 2014-2018. Il volume di attività riportato è pari a 81 interventi (per quanto riguarda la chirurgia bariatrica primaria). Prendendo come popolazione di riferimento la casistica riportata, possiamo trarre alcune informazioni interessanti sulla base delle quali possiamo dire che il paziente che affrisce al Centro per il trattamento chirurgico dell'obesità:

- È nella maggior parte dei casi un grande obeso (obesità II grado, BMI > 35kg/m²; obesità III grado, BMI >40kg/m²). Il dato non varia con l'introduzione delle novità da parte delle Linee Guida SICOB 2016, ovvero con la possibilità di rendere candidabile all'intervento anche soggetti con BMI > 30kg/m² e comorbidità peso correlate
- Ha un'età media di 45 anni (fascia media: 30-40 anni);
- Nel 73% dei casi è donna: su 81 interventi, 59 interessano donne e 22 uomini;
- Presenta un accettabile indice di complicanze (7,4%), principalmente a carico del tratto gastrointestinale (esofagite nell'83% dei casi);
- Nell'85 % dei casi esegue una SG: sui 81 interventi presi in considerazione sono state eseguite 69 SG, 6 BPG, 5 AGB1, GV e 1 Plicatura Gastrica;
- Mostra un buon grado di adesione ai controlli di follow up programmati (a 1 mese, 3 mesi, 6 mesi e annualmente)

CAPITOLO 2. LE CURE PRIMARIE E L'INFERMIERE DI FAMIGLIA E COMUNITA'

2.1 Cosa sono le Cure Primarie

Sono dette “cure primarie” (o *primary care*) quell'insieme di servizi sanitari erogati dai Medici di Medicina Generale (MMG) e dai Pediatri di Libera Scelta (PLS), nonché quel tipo di assistenza che rappresenta il primo contatto tra i cittadini ed il Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Questo concetto, così come lo intendiamo all'oggi, nasce con la riforma Balduzzi (DL 158/2012), che riorganizza le Cure Primarie ed in generale l'assistenza erogata a livello territoriale dal SSN.

I servizi inclusi nelle Cure Primarie includono: assistenza di base o primaria, medicina di base, medicina territoriale, assistenza domiciliare, specialista ambulatoriale e le cure intermedie (lungodegenza, strutture riabilitative, residenze sanitarie assistenziali RSA, hospice, centri di sanità mentale...).

Questi vanno a costituire quelli che sono i servizi territoriali, distinti dalle cure e dall'assistenza che viene erogata a livello ospedaliero, volti ad avvicinare il cittadino alla fonte dell'assistenza e delle cure che gli vengono offerte.

Negli anni i Piani Sanitari Nazionali (PSN, ripresi puntualmente dai vari Piani Socio-Sanitari Regionali (PSSR), hanno dedicato una attenzione sempre maggiore alle Cure Primarie ed al loro progressivo potenziamento, identificandole come un prezioso strumento per la promozione ed il miglioramento della salute dei cittadini.

I punti principali che caratterizzano le Cure Primarie ed in generale quelli che sono i servizi sanitari territoriali offerti dal SSN sono: promozione del benessere e della salute della comunità, presa in carico della Persona in maniera globale e completa (al centro della quale dovrebbe porsi la figura del MMG), garanzia di continuità assistenziale e dell'equità nell'accesso alle cure, opportuno governo della domanda di salute (ovvero conoscenza dei veri bisogni di salute della popolazione con l'attivazione di risposte clinico-terapeutiche realmente efficaci ed appropriate) con particolare attenzione al rapporto costi-benefici, monitoraggio degli esiti di salute (con specifici indicatori, ovvero gli indicatori di salute), promozione dell'empowerment dei pazienti (il loro diretto

coinvolgimento nel proprio processo di cura) e della *health literacy* (alfabetizzazione sanitaria, ovvero un livello di conoscenze corrette in ambito sanitario e di consapevolezza di sé, tale da spingere le persone a compiere da sé scelte ottimali volte al miglioramento della salute, sia propria che collettiva).

Le Cure Primarie hanno come ambito di organizzazione il Distretto⁸ (assistenza distrettuale), ovvero l'unità base dell'articolazione delle aree territoriali, dove operano le Aziende Sanitarie Locali ASL (o altra dicitura, su base Regionale/locale) ed in cui viene fatta programmazione sanitaria ed erogati i servizi ai cittadini. L'assistenza distrettuale erogata in questo senso è prevista e definita dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), ovvero include tutte quelle prestazioni e servizi che il SSN deve necessariamente fornire a tutti i cittadini a titolo gratuito o con il pagamento di un piccolo contributo (ticket) da parte degli stessi, servendosi comunque delle risorse economiche pubbliche raccolte tramite la fiscalità generale.

2.1.1 Le Cure Domiciliari e l'ADI

Nella maggior parte delle Regioni le Cure Primarie includono anche le Cure Domiciliari. L'assistenza domiciliare viene in quest'ambito erogata a livello distrettuale, prestata direttamente nell'ambiente di vita della Persona e della famiglia (a domicilio) da MMG, PLS, Infermieri e professionisti della riabilitazione.

L'importanza di questo tipo di assistenza è andata aumentando nel corso del tempo, a fronte di un incremento progressivo della complessità dei bisogni di assistenza e cura dei cittadini (invecchiamento della popolazione, cronicità e disabilità complesse, patologie oncologiche e terminali).

L'assistenza domiciliare assume un ruolo essenziale in particolare in tutte le situazioni di cronicità, scongiurando il più possibile il rischio di ricoveri ospedalieri inappropriati, impattando positivamente sulla qualità della vita dei pazienti e determinando in ultimo un risparmio anche economico per il SSN (il costo delle cure domiciliari opportunamente erogate è ben inferiore a quello associato ad un maggior numero di ricoveri ospedalieri).

⁸ Il Distretto è un'articolazione territoriale, organizzata e funzionale, con caratteristiche di autonomia. Gestisce strutture e servizi ubicati nel territorio di competenza: cure primarie, presidi e poliambulatori territoriali, cure specialistiche ambulatoriali, attività consultoriali, servizi per disabili.

All'interno delle Cure Domiciliari è possibile individuare diversi profili di assistenza: cure domiciliari prestazionali (prestazione sanitarie occasionali o eseguite sotto la guida diretta del MMG), cure domiciliari integrate (note come Assistenza Domiciliare Integrata, ADI, con più livelli di intensità assistenziale a seconda delle condizioni del paziente e della complessità dei suoi bisogni; l'assistenza è di tipo multiprofessionale e viene erogata previa valutazione globale della Persona e formulazione di un Piano Assistenziale Individuale PAI, da rivalutare e riformulare nel tempo), cure domiciliari palliative (riservate ai malati terminali e/o con patologie croniche-degenerative/oncologiche a carattere ingravescente).

Il tipo di assistenza domiciliare erogata viene deciso dal MMG, il quale sulla base delle caratteristiche e dei bisogni di salute del paziente attiva la risposta clinico-assistenziale più appropriata in accordo con il Medico responsabile del Distretto. In termini più concreti, l'accesso alle Cure Domiciliari avviene tramite impegnativa del MMG, nella maggioranza dei casi con esenzione totale dal pagamento (ovvero senza necessità di pagare il ticket).

Focalizzando brevemente l'attenzione sull'ADI, si tratta di un insieme di servizi integrati tra loro, forniti da una pluralità di professionisti che agiscono congiuntamente al fine di portare al domicilio del paziente appropriati servizi di cura e riabilitazione, accogliendo la persona sin da un'eventuale dimissione (le così dette "dimissioni protette") ed evitando ospedalizzazioni improprie e riospedalizzazioni. Ne deriva non solo un risparmio in senso economico, ma anche un considerevole miglioramento della qualità di vita della Persona. Il servizio ADI comporta da una parte l'accesso periodico programmato da parte del MMG con visite domiciliari, oltre alle richieste specifiche di visita per fatti acuti con la possibilità dello stesso di attivare per il paziente visite specialistiche, dall'altra una serie di servizi sia medici, che infermieristici e tecnici, tali da consentire una limitazione del ricorso all'ospedalizzazione.

Le attività incluse del pacchetto ADI sono: valutazione del paziente da parte di una apposita Unità Valutativa d'Ingresso (con sede distrettuale) con l'elaborazione di un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), assistenza infermieristica, assistenza medica generica e pediatrica, assistenza medica specialistica (cardiologi, chirurghi, fisiatristi, geriatri, neurologi, dietologi), assistenza riabilitativa, assistenza integrativa (protesi ed

ausili), assistenza sociale, assistenza farmaceutica, coordinamento e controllo di tutte le attività, figure e servizi offerti.

Con riferimento alle cure infermieristiche domiciliari, queste includono: medicazioni semplici e complesse, prelievi ematici, gestione di NE/PEG e SNG, terapia venosa e NPT, posizionamento e gestione di accessi venosi periferici a medio termine, gestione di CVC/PICC/Porth-a-Cath, gestione e sostituzione del catetere vescicale, gestione di stomie derivate, gestione di tracheostomie, attività di prevenzione, promozione della salute ed educazione sanitaria.

Il livello di intensità delle cure erogate in ADI viene stabilito in base alla valutazione degli effettivi bisogni assistenziali della Persona, stratificandone la complessità su vari livelli. Ne deriva un ADI di 1° livello caratterizzato da assistenza a bassa/media intensità, tipicamente si tratta di assistenza infermieristica in integrazione con il MMG (almeno 4 accessi mensili da parte dell'Infermiere). L'ADI di 2° livello consiste in un'assistenza di media intensità, con medico, infermiere, figure socio-sanitarie e specialisti (6-8 accessi mensili da parte dell'Infermiere). L'ADI di 3° livello riguarda situazioni relativamente complesse ed ad elevata intensità assistenziale, tale da richiedere cure integrate per circa 14-15 giorni al mese. Infine, il livello più alto è rappresentato dall'ADI di 4° livello, riservato alle situazioni assistenziali più complesse e ad elevata intensità di cure.

2.2 L'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC)

L'infermieristica di famiglia e comunità è una branca della Scienza Infermieristica, con una forte impronta olistica, finalizzata alla promozione dell'autocura del soggetto, della famiglia e della comunità. L'obiettivo è quello di realizzare un servizio di assistenza pubblico, ovvero offerto direttamente dal SSN e nell'ambito delle Cure Primarie, fortemente improntato non tanto sulla cura delle malattie, quanto sulla prevenzione delle stesse e sulla promozione della salute.

All'intero di questa pratica l'OMS individua nel 1998 l'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) il cui profilo specifico e competenze sono definite a livello europeo dal documento finale elaborato dal gruppo di lavoro ENhANCE (*European Curriculum for Family and Community Nurse*), ovvero le Linee Guida per la costruzione del core curriculum dell'IFeC.

A livello nazionale, di grande rilievo è il Position statement elaborato dalla Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI) in collaborazione con l'Associazione Infermieri di Famiglia e Comunità (AIFC), nel 2020.

Il suddetto documento definisce l'IFeC come “il professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e di comunità, in possesso di competenze specialistiche nella disciplina infermieristica delle cure primarie e sanità pubblica” (FNOPI, 2020).

L'IFeC è in altre parole il professionista della salute specificamente formato e qualificato all'erogazione dell'assistenza infermieristica nell'ambito delle Cure Primarie, secondo un modello di cura (da intendere come il “*to care*”) pro-attivo.

Questo approccio assistenziale risulta innovativo sotto diversi punti di vista: anticipa i bisogni di salute inespressi o potenziali degli individui senza attendere l'evento acuto, ma promuovendo la salute e la prevenzione della malattia e delle criticità; si basa sulla prevenzione delle fragilità e dell'istituzionalizzazione; responsabilizza il paziente ed i familiari, promuovendo l'empowerment degli stessi.

Il ruolo dell'IFeC è quindi quello di aiutare individui, famiglie e comunità a riconoscere e raggiungere il massimo della salute (fisica, mentale, sociale) possibile direttamente nel loro ambiente di vita e lavoro, favorendo l'autoresponsabilità e l'autodeterminazione.

L'IFeC, con un approccio pro-attivo e fortemente improntato sulla collaborazione tra paziente ed operatore sanitario, si occupa quindi di:

- elaborare un piano assistenziale mirato e specifico per il paziente, applicando il processo di nursing;
- educare il paziente all'autogestione, migliorandone la compliance;
- collaborare con MMG/PLS;
- attivare specifici percorsi terapeutici-assistenziali, fortemente integrati, ad fine di ottimizzare i percorsi dei pazienti specie in presenza di patologie croniche;
- accoglie, valuta ed orienta ai servizi la persona (ma anche la famiglia e la comunità) nell'ambito del territorio;
- monitora attivamente i pazienti con patologia cronica;
- monitora attivamente i pazienti fragili;
- provvede all'educazione sanitaria e/o terapeutica dei singoli pazienti o di target precisi di assistiti;
- coordina le proprie attività con quelle previste dall'ADI;

- coordina le proprie attività con quelle dei servizi sociali.

L'introduzione di questa figura professionale ha come obiettivo la promozione della responsabilizzazione dei cittadini verso la propria salute, l'empowerment e l'engagement dei cittadini (con riferimento ai percorsi di cura), l'aderenza al piano terapeutico e di assistenza, il coping positivo (ovvero la capacità di fare efficacemente fronte a situazioni di stress), nonché un miglioramento generale della qualità della vita delle persone e dell'assistenza territoriale.

L'ambito delle Cure Primarie e dell'infermieristica di famiglia e comunità è di fondamentale importanza e all'avanguardia per la promozione e lo sviluppo del nuovo modello di assistenza, in cui l'Infermiere potrà trovare pieno riconoscimento professionale e spendere le competenze avanzate acquisite.

Il ruolo dell' IFeC risulta particolarmente importante per quanto riguarda l'erogazione dell'assistenza secondo nuovi modelli (per esempio il *Chronic Care Model CCM*⁹, indicato dall'OMS come approccio assistenziale ideale per pazienti come quello bariatrico), andando a costituire una valida e preziosa alternativa al pronto soccorso ed all'ospedale, riducendo così il numero di accessi impropri ed in ultimo le relative spese sanitarie.

Ecco che l'IFeC si configura come il nuovo "Infermiere del territorio" (Mangiacavalli B. in Antonelli D., 2017), andando a raccogliere in qualche modo l'eredità lasciata dagli Infermieri delle Cure Domiciliari Integrate (con riferimento al servizio ADI), ma ampliando notevolmente il ruolo, le competenze e l'approccio all'assistenza infermieristica propri di questa figura.

Ponendo sempre il paziente al centro del processo assistenziale, l'IFeC si fa da ponte tra la medicina di base (e quindi MMG, riconosciuto come *gatekeeper* delle Cure Primarie) ed i cittadini, intesi come singoli individui ma anche come sistema famiglia e come comunità.

Concretamente parlando, l'IFeC esercita la propria professione ed eroga l'assistenza opportuna sia a livello domiciliare, sia ambulatoriale che in specifiche strutture (la cui

⁹ Modello di cure ed assistenza che si basa sulla promozione della salute, sulla prevenzione dell'evento avverso, sull'empowerment della persona in particolare per quanto riguarda la gestione della complicanza qualora dovesse presentarsi. Viene identificato come il modello guida per l'ottimizzazione della gestione delle malattie croniche, specie nel contesto delle Cure Primarie, permettendo anche una riduzione dei costi sanitari ed assistenziali grazie all'applicazione della medicina d'iniziativa.

realizzazione e diffusione è fortemente auspicata anche nei più recenti PSN e PSSR, nonché nel PNRR 2021): le Case della Salute e gli Ospedali di Comunità. Si tratta di piccole strutture territoriali con un numero limitato (15-20) di posti letto, gestite da personale infermieristico nel contesto dei nuovi modelli assistenziali di *nurse-led care*¹⁰. L'assistenza medica vi è assicurata da MMG, PLS e/o altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN.

Nel contesto delle Case della Salute e degli Ospedali di Comunità, l'IFeC diventa l'operatore di riferimento dei cittadini residenti nella zona di competenza, assicurando l'assistenza generale infermieristica, riconoscendo i bisogni del cittadino, attivando le opportune risorse dei servizi territoriali, promuovendo l'empowerment degli individui, del "sistema famiglia" ed in generale della comunità.

In molte Regioni italiane l'infermieristica di famiglia e comunità è già presente ed attiva da tempo, e diversi Atenei del Paese offrono la possibilità agli Infermieri in possesso della Laurea di primo livello (triennale) di conseguire il relativo master.

D'altra parte la figura dell'IFeC è stata formalmente introdotta in Italia già nel periodo della pandemia, ovvero con il Decreto Rilancio (poi Legge 77/2020) e le "linee di indirizzo infermiere di famiglia/comunità", in cui si indica l'assunzione di questi professionisti con diverse forme contrattuali, al fine di rispondere ai sempre maggiori bisogni assistenziali territoriali (Shajani Z., Snell D., 2021).

Quel che manca ancora però è una diffusione omogenea, standardizzata e realmente programmata della figura dell'IFeC a livello di tutto il territorio nazionale, nonché una autentica conoscenza di questo professionista e dei servizi offerti da parte dei cittadini.

Risulta pertanto imperativo per Stato e Regioni prevedere un incremento dell'impegno politico, istituzionale ed economico, volto ad un maggiore supporto della diffusione effettiva e capillare dell'IFeC, permettendo a questa figura professionale di formarsi adeguatamente con apposito master post laurea (Bagnasco A. et al., 2020) e di esercitare la propria autonomia professionale, contribuendo ad un aumento dell'efficacia (nonché dell'efficienza) e della sostenibilità del sistema sanitario (Dellafiore F. et al., 2022).

¹⁰ Modelli organizzativi gestiti da infermieri che, sulla base di protocolli ben definiti, assicurano un'assistenza globale sicura ed efficace, e quindi di qualità.

2.2.1 IFeC nella presa in carico del paziente sottoposto a chirurgia bariatrica

Le Linee Guida SICOB 2016 e 2023 indicano che per i pazienti sottoposti a chirurgia bariatrica il follow-up multidisciplinare dovrebbe essere sin da subito programmato nel lungo termine ed idealmente a vita.

Lo scopo di questi controlli dovrebbe essere quello di monitorare i progressi in termini di perdita di peso, qualità della vita, comorbidità associate, prevenire le eventuali complicanze chirurgiche e non, intercettandole e trattandole tempestivamente.

Ecco che “Il raggiungimento degli obiettivi che il follow-up si prefigge necessita quindi l’adesione convinta del paziente e l’adozione di una serie di misure che coinvolgono, spesso in comunanza d’intenti, il chirurgo, il dietologo, lo psicologo e lo psichiatra” (Foschi D. et al., 2016, p. 67).

La letteratura scientifica suggerisce da tempo come la relazione terapeutica tra Infermiere e paziente possa influenzare positivamente la compliance dello stesso ai regimi terapeutici proposti. Inoltre “[...]una gestione del paziente svolta [...] da personale infermieristico, risponde meglio di una assistenza lasciata al MMG” (Antonelli D., 2017, p.11). Per estensione, calando questo assunto nel contesto specifico dell’elaborato, la presenza di un Infermiere al fianco del paziente bariatrico potrebbe non solo aumentare l’aderenza dello stesso ai programmi di follow up, ma anche fornire un valido supporto (rappresentato da una figura professionale qualificata ed opportunamente formata) per gli altri professionisti, in particolare medici e chirurghi, nell’efficace e pronta identificazione e gestione delle possibili complicanze legate agli interventi.

Per citare alcune possibili complicanze postoperatorie da monitorare in maniera opportuna anche dopo le dimissioni, ed in generale nel lungo termine: malnutrizione proteica (correlata a nausea, vomito o anoressia¹¹ protratti), disidratazione, stenosi del tratto digerente (specie dopo SG o GBP), dolore, litiasi colecistica, persistenza delle complicanze metaboliche dell’obesità (dislipidemie, ipertensione, diabete mellito) tali da dover essere prontamente segnalate a figure specializzate, epigastralgie con distensione addominale e diarrea, comparsa di sindromi ipoglicemiche post-prandiali (ricducibili alla *Dumping Syndrome*), disturbi del metabolismo del calcio, iperparatiroidismo

¹¹ Intesa qui non come anoressia nervosa, che rientra nella classe dei DCA, ma nel senso clinico del termine, ovvero mancanza di appetito e di desiderio di alimentarsi.

secondario, deficit vitaminici (in particolare vit B12, vit D3, acido folico) (Foschi D. et al., 2016).

In particolare, nausea e vomito complicanze comuni nella maggior parte degli interventi bariatrici (in particolare restrittivi), presentandosi più comunemente (anche in via del tutto transitoria) nelle prime due settimane dopo l'intervento (Brugnoli, Saiani, 2022). Risulta pertanto necessaria una appropriata informazione preoperatoria, ma anche un'adeguata assistenza postoperatoria anche dopo le dimissioni, per monitorare questa complicanza. In particolare è importante saper riconoscere quando questi disturbi sono la spia di una complicanza maggiore, come la rottura intragastrica del dispositivo, e quando invece sono sintomi passeggeri. In questo secondo caso la persona può trarre beneficio dalla vicinanza di una figura professionale, come ad esempio un Infermiere che presti assistenza domiciliare, in grado di rassicurarla e motivarla nel proseguire il proprio percorso di dimagrimento.

Per fare un esempio più specifico, sebbene la SG sia uno degli interventi più praticati nel nostro Paese (secondo i registri SICOB) e la sua efficacia sia provata, questa tecnica si associa ad una delle complicanze più temibili della chirurgia bariatrica: la deiscenza della sutura a livello gastrico. tale complicanza può verificarsi sia a brevissima distanza dall'intervento, sia dopo le dimissioni del paziente, anche dopo un mese, col rischio concreto di esitare in peritonite. È pertanto necessario che anche a seguito del ritorno al proprio domicilio la Persona possa contare non solo su figure professionali (Infermiere domiciliare, MMG) in grado di assisterlo dopo le dimissioni e sul territorio, intercettando prontamente eventuali complicanze gravi, ma anche sulla possibilità di accedere rapidamente al Centro bariatrico di riferimento presso il quale è stato operato, ricevendo opportuni trattamenti in caso di urgenza.

L'assistenza infermieristica postoperatoria andrebbe erogata quindi anche dopo le dimissioni (per altro sempre più rapide, con i protocolli ERAS) a livello territoriale, ovvero nel contesto di vita della persona, a livello domiciliare, ed ambulatoriale.

Allo stato attuale le cure infermieristiche così intese si trovano (in parte) incluse nel pacchetto assistenziale ADI, del quale si è brevemente discusso nel paragrafo precedente. È importante menzionare quelli che sono i criteri di accesso a questo tipo di servizio. I requisiti in questione sono: non autosufficienza (parziale o totale, temporanea o definitiva), non deambulanza e/o non trasportabilità con i comuni mezzi presso i servizi

ambulatoriali presenti sul territorio, disponibilità di una rete familiare formale e/o informale di supporto attorno alla Persona, presenza di condizioni abitative tali da rendere possibile l'assistenza domiciliare.

Si noti come l'ADI e le cure infermieristiche ivi incluse, seppur di grande valore nell'ambito delle Cure Primarie e dell'assistenza territoriale, seguano ancora in gran parte una logica reattiva rispetto ai bisogni di salute dei cittadini, ovvero risultino essere una risposta attivata in presenza di un problema di salute già presente e manifesto, piuttosto che azioni autenticamente preventive e volte a mantenere la Persona in uno stato di salute e benessere il più possibile ottimale.

Prendendo in considerazione questi criteri di inclusione, paziente sottoposto a chirurgia bariatrica è per definizione escluso dall'accesso a questi servizi, poiché per essere ritenuto elegibile per intervento deve essere autosufficiente e deambulante, nonché in grado di compiere esercizio fisico, e presumibilmente di per sé pronto ad aderire ai follow up.

Eppure, se il paziente che ha diritto a beneficiare dell'ADI è per definizione il "paziente fragile", ecco che anche il paziente obeso rientra per sua natura in questa categoria, anche a seguito dell'intervento bariatrico.

La fragilità è infatti descritta come una sindrome fisiologica caratterizzata da una ridotta riserva funzionale e da una ridotta resistenza agli stress, causata da un progressivo declino dei meccanismi fisiologici, con conseguente progressiva instabilità clinica. Non si tratta di una condizione occasionale, ma di un continuum, ovvero di una situazione che si protrae in maniera indeterminata nel tempo. La fragilità così intesa è dovuta ad un insieme di fattori biologici, psicologici e socio-ambientali che agiscono in modo sinergico, amplificandosi a vicenda.

Sono considerati pazienti fragili i soggetti con cronicità, comorbilità, compromissione funzionale di vario tipo e grado, soggetti a polifarmacoterapia e con difficoltà di tipo socio-sanitario.

L'obeso è un soggetto caratterizzato da comorbilità importanti ed in generale una maggiore vulnerabilità alle malattie (si pensi al rischio infettivo), spesso in polifarmacoterapia (sia per il controllo delle patologie associate al peso, sia a seguito degli interventi bariatrici, per il controllo e la prevenzione dei possibili effetti collaterali) e che non di rado presenta criticità anche dal punto di vista socio-sanitario.

Nel capitolo precedente si è sottolineato come valutazione dell'efficacia e della buona riuscita dell'intervento non si limiti solo alla constatazione dell'assenza di complicanze (chirurgiche e non).

Il successo della chirurgia bariatrica è chiaramente determinato anche da una stabile e soddisfacente perdita di peso postoperatoria, nel lungo termine. Questo calo ponderale non può essere ottenuto (né mantenuto) nel tempo senza l'introduzione di opportuni cambiamenti del proprio stile di vita da parte del soggetto stesso (Foschi D. et al., 2016), in particolare in termini di alimentazione ed esercizio fisico.

La presenza di un professionista della salute che entra nel contesto di vita della persona, andando in particolare a valutare "sul campo" (a domicilio) le modifiche delle abitudini (specie alimentari) del paziente può essere importante per intercettare eventuali criticità, affrontarle e correggerle.

Queste difficoltà possono infatti dipendere sia da una mancanza di conoscenza (ed in tal caso, l'Infermiere spende la propria competenza professionale pianificando e mettendo in atto interventi educativi mirati), sia da veri e propri disagi psicologici, pregressi e non risolti o addirittura slentizzati dalla perdita di peso stessa.

La questione della cura della sfera emotiva e del benessere psicologico del paziente obeso non è mai da trascurare, neppure quando questi riesca a raggiungere un peso corporeo per il quale, calcolando il BMI, il soggetto non rientra più nella categoria dell'obesità (ovvero, $BMI < 30\text{kg/m}^2$). La partecipazione a gruppi di supporto e/o ad un programma individuale di psicoterapia a seguito dell'intervento di chirurgia bariatrica, sembra essere efficace sia nel promuovere una maggiore perdita di peso nel breve termine, sia nel mantenere i risultati ottenuti nel lungo termine (Foschi D. et al., 2016).

A questo proposito, risulta essenziale il buon coordinamento dell'Infermiere con psicologo e psichiatra, e più in generale con le altre figure professionali inserite nell'equipe multidisciplinare che segue il paziente bariatrico sia all'interno del Centro di riferimento, sia sul territorio nel contesto delle Cure Primarie

L'opportunità di usufruire di visite (intese anche come accertamenti infermieristici) e consulenze più frequenti rispetto a quelle effettivamente pianificate presso il centro di riferimento, che permettano di chiarire direttamente eventuali dubbi o di venire all'occorrenza subito indirizzati verso figure professionali specializzate, rientra pienamente nell'ottica dell'approccio pro-attivo alla salute di cui l'IFeC si fa promotore.

Agendo nel contesto territoriale e familiare-domiciliare delle persone, l'IFeC agisce da *Case Manager*: prende in carico la Persona e la sua famiglia, valuta gli interventi assistenziali da porre in essere, richiede eventuali consulenze specialistiche e promuove l'adesione della Persona ad eventuali programmi di follow up concordati, coordina le attività degli operatori sanitari e si occupa dell'educazione del paziente e dei suoi familiari. Il percorso di cura e guarigione del paziente obeso sottoposto a chirurgia bariatrica dura idealmente tutta la vita e si svolge principalmente nel proprio ambiente di vita, sul territorio, al di fuori delle strutture sanitarie in cui questi soggetti vengono trattati chirurgicamente e valutati periodicamente da specifiche equipe.

Pertanto, un approccio assistenziale pro-attivo e che preveda l'adozione di modelli come quello del *Case Manager* e/o il CCM risulta particolarmente appropriato per questo tipo di paziente, permettendo di raggiungere e migliorare gli *outcome* di salute.

CAPITOLO 3. IL PROCESSO DI NURSING E LA PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE

3.1 Cosa è il Processo di Nursing

Il processo di nursing, anche detto processo infermieristico o processo di assistenza infermieristica, è un approccio sistematico e creativo di identificazione, soluzione e prevenzione dei problemi reali o potenziali, utilizzato nell'erogazione dell'assistenza infermieristica individualizzata. Permette inoltre di identificare i punti di forza degli assistiti e di promuoverne in ultimo il benessere (Wilkinson J. M. 2013; Antonelli D. 2017). Il processo infermieristico si configura pertanto come un particolare approccio mentale ed operativo (come si pensa e quel che si fa) utilizzato dall'Infermiere per la presa in carico dell'individuo. Processo infermieristico e pensiero critico sono, in qualche modo, l'essenza stessa dell'attività infermieristica.

Il processo di nursing permette agli Infermieri di delineare un quadro concettuale, identificando così il reale stato di salute delle persone ed aiutandole a soddisfare i propri bisogni. Si tratta di una guida, tutt'altro che rigida, che permette all'Infermiere di pianificare, erogare e valutare l'assistenza necessaria in maniera efficace e personalizzata. Il processo infermieristico nel suo complesso può essere caratterizzato essenzialmente come:

- dinamico e ciclico;
- centrato sull'assistito;
- olistico;
- pianificato e diretto al conseguimento dei risultati;
- *evidence based*, ovvero basato su prove di efficacia;
- flessibile;
- applicabile universalmente;
- centrato sullo stato di salute dell'assistito;
- di natura cognitiva (ovvero richiede sempre opportune capacità di *problem solving* e *decision making* da parte dell'Infermiere).

Lo strumento principale (sebbene non l'unico) di cui l'Infermiere si serve per attuare nella propria pratica professionale il processo di nursing è il piano di assistenza infermieristica, possibilmente scritto (Wilkinson K. M., 2013).

L'apprendere ed il saper utilizzare sapientemente il processo di nursing richiede conoscenze teoriche di base e specifiche relative alla scienza infermieristica. In particolare, è necessario apprendere la struttura stessa del processo di nursing.

Le fasi in cui classicamente si articola il processo di nursing sono cinque: accertamento, diagnosi, pianificazione (degli obiettivi e degli interventi), attuazione e gestione di quanto pianificato, valutazione.

Sebbene si tratti di fasi idealmente sequenziali e sistematiche (ognuna dipende dalle attività svolte nelle fasi precedenti), nel contesto del ragionamento clinico e del pensiero critico dell'Infermiere queste si verificano quasi simultaneamente (NANDA-I, 2021).

L'accertamento iniziale corrisponde ad una valutazione globale, ovvero una raccolta sistematica delle informazioni sia soggettive che oggettive relative all'assistito. Lo scopo di questa prima fase è quello di accertare nella maniera il più possibile ampia lo stato di salute della Persona, identificando sia eventuali criticità reali o potenziali, sia i punti di forza della persona stessa. La raccolta di questi dati segue tipicamente il modello concettuale-teorico di Majory Gordon, servendosi degli 11 modelli funzionali da lei elaborati. In questo frangente dai dati collezionati non viene tratta ancora alcuna conclusione.

La fase della diagnosi prevede la selezione, il raggruppamento e l'analisi dei dati, al fine di enunciare una diagnosi. Come riportato da NANDA-I (2021) la diagnosi è un giudizio clinico che riguarda una risposta dell'individuo (o della famiglia, o della comunità) a condizioni di salute, processi vitali e/o problemi sia reali che potenziali e costituisce la base sulla quale selezionare gli interventi infermieristici opportuni, volti a raggiungere precisi risultati di cui l'Infermiere si assume la responsabilità.

In definitiva la diagnosi infermieristica non è altro che il risultato di un ragionamento clinico-diagnostico, espresso sotto forma di un'enunciazione che descrive con precisione lo stato di salute della Persona, insieme ai fattori che concorrono a determinarlo.

In questa fase, con un ulteriore esercizio di pensiero critico l'Infermiere deve essere in grado di dare un ordine di priorità alle diagnosi, nonché di stabilire quali di queste sono di esclusiva pertinenza infermieristica e quali invece richiedono la collaborazione con altre figure professionali.

La fase della pianificazione si divide in due parti. In un primo momento vengono pianificati i risultati attesi (gli *outcome*), da concordare con il paziente stesso. In sostanza

viene stabilito in maniera precisa come ed in quanto tempo. Per poter essere incluso nella pianificazione dell'assistenza, l'*outcome* deve rispondere a precisi requisiti: deve essere specifico, misurabile, raggiungibile, realistico, prevedere un limite temporale entro il quale dovrebbe essere raggiunto, etico e documentato/documentabile.

I risultati vanno corredati da una opportuna selezione di indicatori (indicatori di risultato), ovvero di condizioni e comportamenti concreti, osservabili e misurabili, utilizzati per valutare successivamente se ed in che misura gli *outcome* sono stati raggiunti.

A seguire, vengono pianificati gli interventi ovvero quella serie di azioni (che l'Infermiere esegue in totale autonomia e/o in collaborazione con altre figure, per esempio su prescrizione medica) ritenute idonee alla promozione del benessere della persona, alla risoluzione dei problemi (reali o potenziali) identificati e quindi al raggiungimento dei risultati stabiliti. In altre parole, gli interventi pianificati devono essere specificamente finalizzati a produrre i risultati attesi per ognuna delle diagnosi infermieristiche enunciate. La fase di selezione degli interventi è particolarmente importante all'interno del processo di nursing, traducendo l'approccio mentale in azioni concrete.

La fase dell'attuazione e della gestione del piano precedentemente delineato vede l'Infermiere impegnato nell'agire, eventualmente delegare, e nel documentare in maniera precisa e puntuale. Il piano assistenziale viene condiviso con gli altri professionisti sanitari (motivo per cui è importante che sia in qualche modo standardizzato, scritto, comprensibile da tutti). Gli interventi ivi programmati vengono messi in atto dall'Infermiere stesso o da altri, ovvero delegati. L'assistenza prestata in questo modo al paziente viene documentata tempestivamente e con precisione, in forma scritta, includendo gli esiti osservati.

L'ultima fase è quella della valutazione e verifica, in cui l'Infermiere valuta le risposte del paziente alle cure prestate, confrontando le condizioni di salute dell'assistito ottenute con i risultati attesi (per mezzo degli indicatori), precedentemente definiti nel piano assistenziale. In questo modo è possibile determinare quali interventi sono stati efficaci ed in che misura, e quali no (ed in tal caso, viene rivisto e modificato opportunamente il piano di assistenza).

Il processo di nursing così strutturato è ciclico: ciascuna tappa del processo è soggetta ad una rivalutazione continua, come conseguenza dell'attuazione del processo stesso che

porta a riesaminare costantemente le fasi precedenti discernendo ciò che è efficace da ciò che non lo è e che pertanto va modificato.

3.2 Strumenti per la pianificazione assistenziale: NANDA, NOC e NIC

L'assistenza è la disciplina che consente all'Infermiere di intercettare e rispondere efficacemente ai bisogni di salute delle persone. La pianificazione dell'assistenza infermieristica è responsabilità diretta dell'Infermiere in quanto professionista della salute, dotato di una sua autonomia ed area di competenza specifica.

Nel paragrafo precedente si è identificata la pianificazione come una fase di fondamentale importanza all'interno del processo di nursing, articolata in due momenti distinti e sequenziali: la pianificazione dei risultati (*outcome*) e la pianificazione degli interventi. Risultati attesi ed interventi sono direttamente basate sulle diagnosi, ovvero su quelle enunciazioni formulate dall'Infermiere previa valutazione dell'assistito, per descrivere il suo stato di salute, identificare un problema di salute (attuale o potenziale) e/o condizione di benessere.

Ne deriva un piano di cure infermieristiche olistico ed individualizzato, messo a punto sulla base delle specifiche necessità e risorse della Persona. Il suddetto piano, finalizzato al raggiungimento di un determinato risultato di salute ritenuto in quel momento prioritario per (e da) il paziente, dovrebbe essere preferibilmente scritto.

A tal proposito, è importante specificare che per la pianificazione assistenziale l'Infermiere può servirsi di un piano creato *ad hoc*, oppure adottare un piano standardizzato e modificarlo in maniera opportuna.

Nel corso del tempo, con lo sviluppo della professione infermieristica ed in particolare dell'autonomia e responsabilità ad essa connesse, sono stati messi a punto strumenti riconosciuti a livello internazionale, messi a disposizione dell'Infermiere per la creazione di piani assistenziali in maniera standardizzata, basata sulle evidenze e quindi universalmente valida.

Si tratta della tassonomia NANDA-NOC-NIC (NNN), ovvero quel sistema di classificazione di diagnosi, risultati attesi ed interventi, che fornisce al professionista una terminologia infermieristica standardizzata per la pianificazione, la gestione e la documentazione dell'assistenza infermieristica erogata in ogni ambito della professione.

Nello specifico, la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) ha elaborato un metodo per classificare e formulare in maniera standard diagnosi infermieristiche, ovvero la tassonomia NANDA-I (NANDA International) tradotta in varie lingue, a dimostrazione della validità universale di questo strumento.

Si tratta di una raccolta ordinata e periodicamente aggiornata, che allo stato attuale comprende 267 diagnosi (diagnosi attuali, di rischio, di benessere o a sindrome), divise in 13 domini e 47 classi (NANDA-1, 2021).

Il dominio identifica la conoscenza specifica della disciplina infermieristica (per esempio, “eliminazione e scambi”), la classe corrisponde ad un gruppo di diagnosi che, in no stesso dominio, condividono tra loro caratteristiche comuni.

Ciascuna delle diagnosi NANDA è identificata da un codice numerico univoco (che viene rimosso dalla tassonomia insieme alla corrispondente diagnosi, nel momento in cui questa viene dismessa) ed un titolo è formato da un descrittore (o modificatore) ed il focus della diagnosi (o concetto diagnostico chiave).

La diagnosi è poi corredata da una serie di indicatori diagnostici, ovvero quei dati che utilizzabili per l’identificazione della diagnosi e la selezione della stessa rispetto ad altre. Questi indicatori sono le caratteristiche definenti (segni e sintomi, osservabili, inferenze), i fattori correlati (cause e fattori contribuenti, fattori eziologici, che hanno una relazione con la risposta umana osservata), i fattori di rischio (elementi di vario genere che aumentano la suscettibilità della persona alla risposta umana indesiderabile), popolazioni a rischio (gruppi di persone che condividono caratteristiche di varia natura tali da renderle più suscettibili al problema) e condizioni associate. Non necessariamente la diagnosi infermieristica contiene tutti gli indicatori citati.

In associazione alla tassonomia NANDA-I, come già accennato, sono disponibili a livello internazionale due ulteriori tassonomie, essenziali per la pianificazione assistenziale, messe a punto da un gruppo di ricerca dell’Università dello Iowa negli anni ’90 del secolo scorso.

La *Nursing Outcome Classification* (NOC) è una classificazione dei risultati di salute attesi per l’assistito, con un linguaggio infermieristico standardizzato che si presta ad essere usato dal professionista sia per la pianificazione sia per la documentazione della misura dei risultati attesi, sensibili, correlati ad una certa diagnosi infermieristica.

Ogni risultato/*outcome* è identificato ad un titolo e da un codice numerico, ed è corredato da una lista di indicatori che l'Infermiere deve selezionare in maniera opportuna sulla base della specificità dell'assistito e del suo stato di salute. Per ogni indicatore viene riportata una scala di misura a cinque punti che ne permette la valutazione e la misura in maniera standardizzata, documentabile e precisa. La scala è numerica, va da 1 a 5, in cui 1 corrisponde alla valutazione meno auspicabile per la Persona e 5 a quella più auspicabile. Assegnando ad ogni indicatore un valore numerico in questa maniera, è possibile valutare (e rivalutare nel tempo, comparando le varie valutazioni documentate) la condizione dell'assistito e quindi l'eventuale raggiungimento dei risultati attesi.

Infine, la *Nursing Intervention Classification* (NIC) è una classificazione standardizzata degli interventi infermieristici, ovvero quelle prestazioni (basate su conoscenze professionali e giudizio clinico) che l'Infermiere eroga direttamente o indirettamente (delegando), al fine di raggiungere un certo risultato e quindi risolvere un determinato problema di salute. Ogni NIC è identificato da un titolo ed un codice numerico.

Così come la tassonomia NANDA-I, anche le classificazioni NOC e NIC sono disponibili in più lingue e vengono periodicamente aggiornate, in relazione all'introduzione di nuove diagnosi infermieristiche o all'eliminazione di diagnosi ormai obsolete, e comunque in base alle più recenti evidenze scientifiche.

3.3 Piano Assistenziale Infermieristico per la presa in carico domiciliare del paziente obeso sottoposto a chirurgia bariatrica

Il presente Piano Assistenziale Infermieristico è stato costruito secondo la tassonomia NNN, servendosi pertanto dei relativi manuali in lingua italiana. Le diagnosi, con i relativi NOC e NIC, sono presentate in ordine di dominio.

Per l'identificazione delle diagnosi è stato usato il manuale NANDA-I 2021-2023, mentre per la selezione dei NOC e dei NIC sono stati usati i rispettivi manuali del 2018 (sesta edizione).

Il quadro clinico sul quale il piano si struttura è nello specifico quello emerso dall'analisi dei dati riportati dall'AOU delle Marche nel Registro Nazionale SICOB, : paziente donna, età 30-40 anni, grande obesa (BMI >35kg/m²), sottoposta ad intervento bariatrico di SG, le cui possibili complicanze risultano essere in particolare esofagite ed anemia. Il setting assistenziale specifico nel quale il piano è ideato per essere applicato è quello delle Cure Primarie, territoriali, ed in particolare quello dell'assistenza erogata (a domicilio e/o a livello di specifiche strutture) dall'Infermiere di Famiglia e Comunità.

Si precisa che il Piano Assistenziale elaborato è standardizzato, si presta pertanto ad essere modificato dal professionista a seconda delle specificità del soggetto al quale presta assistenza nella propria pratica professionale.

3.3.1 Disponibilità a migliorare l'autogestione della salute (00293)

Modello di gestione soddisfacente dei sintomi, del regime terapeutico, delle conseguenze fisiche, psicosociali e spirituali e dei cambiamenti nello stile di vita relativi al vivere con una malattia cronica.

Questa diagnosi va a sostituire la precedente "Disponibilità a migliorare la gestione della salute 00162" e risulta particolarmente appropriata per il paziente obeso sottoposto a chirurgia bariatrica. In primis perché valorizza la volontà del paziente a partecipare attivamente al proprio percorso di cura, raggiungendo specifici obiettivi di salute e mantenendo i risultati ottenuti in termini di peso perso. In secondo luogo, perché parla di "malattia cronica" ed è proprio così che l'OMS definisce l'obesità: una patologia cronica caratterizzata da un eccesso di grasso corporeo che può causare problemi medici, psicologici, fisici ed economici (WHO, 2000).

NOC - Outcome

Comportamenti orientati alla ricerca della salute (1603)	1	2	3	4	5	Data della valutazione
Pratica l'auto-screening.						
Descrive strategie per evitare comportamenti non salutari.						
Adotta comportamenti salutari su iniziativa propria.						
Pratica il comportamento orientato alla salute prescritto.						
Comportamenti di adeguamento (compliance) (1601)	1	2	3	4	5	Data della valutazione
Segue il regime di trattamento come prescritto.						
Rispetta gli appuntamenti con i professionisti della salute.						
Riferisce le variazioni dei sintomi ai professionisti della salute.						
Monitora le reazioni al trattamento.						
Partecipazione alle decisioni sull'assistenza sanitaria (1606)	1	2	3	4	5	Data della valutazione
Dimostra orientamento dell'adozione delle decisioni.						
Identifica le priorità dei risultati di salute.						
Manifesta l'intenzione di agire in base alla decisione presa.						
Valuta la soddisfazione per i risultati dell'assistenza alla salute.						

NIC - Interventi

Condivisione di obiettivi (4410)	Eseguito (data)	Non eseguito (motivazione)
Determinare come la persona riconosce i propri problemi.		
Incoraggiare la persona a identificare le proprie risorse ed abilità.		
Identificare insieme alla persona gli obiettivi di assistenza.		
Aiutare la persona a sviluppare un piano per conseguire gli obiettivi.		
Aiutare la persona ad assegnare le priorità (cioè a dare un peso) agli obiettivi identificati.		
Programmare insieme alla persona le date per la periodica revisione dei progressi verso il conseguimento degli obiettivi.		
Aiutare la persona a concentrarsi sui risultati attesi piuttosto che su quelli desiderati.		
Assistenza alla modifica di sé (4470)	Eseguito (data)	Non eseguito (motivazione)
Valutare le motivazioni della persona al cambiamento.		
Valutare l'ambiente fisico e sociale della persona per un'estensione del supporto ai comportamenti desiderati.		
Assistere la persona nel formulare un piano sistematico per il cambiamento del comportamento.		
Incoraggiare la persona a identificare le fasi che per entità e capacità possono essere compiute in un determinato periodo di tempo.		

Assistere la persona nell'identificare anche i più piccoli successi.		
Educazione alla salute (5510)	Eseguito (data)	Non eseguito (motivazione)
Identificare i fattori interni o esterni che possono aumentare o ridurre la motivazione per comportamenti sani.		
Determinare l'attuale livello di conoscenze relative alla salute e i comportamenti che caratterizzano lo stile di vita della persona.		
Formulare gli obiettivi del programma di educazione alla salute.		
Identificare le risorse (per esempio, personale, spazi, attrezzature, fondi) necessarie per svolgere il programma.		
Stilare il programma tenendo conto dell'accessibilità delle preferenze dei consumatori e dei costi.		
Inserire nel programma strategie volte a migliorare l'autostima della popolazione target.		
Coinvolgere persone, famiglie e gruppi nella pianificazione e attuazione dei piani di modifica dei comportamenti relativi alla salute e allo stile di vita.		
Pianificare dei controlli a lungo termine per rinforzare i comportamenti positivi per la salute o gli aggiustamenti dello stile di vita.		
Progettare e attuare strategie volte a misurare i risultati dei discenti a intervalli regolari durante e dopo la realizzazione del programma.		

3.3.2 Nutrizione squilibrata: inferiore al fabbisogno metabolico (00002)

Assunzione di nutrienti insufficiente a soddisfare il fabbisogno metabolico.

Correlata ad immediata sazietà dopo l'ingestione degli alimenti.

La diagnosi risulta appropriata se si prende in considerazione il tipo di intervento bariatrico specifico al quale è ispirata: la SG determina da una parte una riduzione importante della capacità gastrica, ovvero una restrizione meccanica al passaggio degli alimenti in termini quantitativi, dall'altra ha un effetto anoressizzante riducendo l'appetito ed aumentando il senso di sazietà del paziente.

NOC - Outcome

Stato nutrizionale (1004)	1	2	3	4	5	Data della valutazione
Assunzione di nutrienti.						
Assunzione di cibo.						
Assunzione di liquidi.						
Energia.						
Comportamenti volti al calo del peso corporeo (1627)	1	2	3	4	5	Data della valutazione
Sceglie alimenti e bevande nutrienti.						
Controlla le porzioni dei cibi.						
Inserisce le vitamine nel piano per la perdita del peso corporeo.						
Beve otto bicchieri di acqua al giorno.						
Comportamento di aderenza: dieta salutare (1621)	1	2	3	4	5	Data della valutazione
Fissa obiettivi dietetici raggiungibili.						
Bilancia l'assunzione calorica con la necessità di calorie.						
Usa le linee guida nutrizionali raccomandate per pianificare i pasti.						
Riduce al minimo i cibi con alto valore calorico e scarso potere nutrizionale.						

NIC - Interventi

Counseling nutrizionale (5245)	Eseguito (data)	Non eseguito (motivazione)
Fare riferimento agli standard nutrizionali accettati per aiutare la persona a valutare l'adeguatezza o meno degli alimenti che assume.		
Discutere le esigenze nutrizionali e di come la persona percepisce la dieta prescritta/raccomandata.		
Discutere gli alimenti che piacciono e non piacciono alla persona.		
Aiutare la persona a registrare gli alimenti che normalmente assume nell'arco delle 24 ore.		
Aiutare la persona a rivolgersi o a consultare altri componenti dell'équipe, se appropriato.		
Monitoraggio nutrizionale (1160)	Eseguito (data)	Non eseguito (motivazione)
Pesare regolarmente la persona.		
Monitorare l'apporto calorico e il contenuto dei nutrienti.		
Effettuare esami di laboratorio e monitorare i risultati (per esempio colesterolo, albumina sierica, transferrina, azotemia, prealbumina, azoturia nelle 24 ore, emoglobina, ematocrito, immunoglobuline, conta linfocitaria, livelli degli elettroliti).		
Gestione del peso corporeo (1260)	Eseguito (data)	Non eseguito (motivazione)
Discutere con la persona assistita la relazione esistente tra apporto alimentare, esercizio fisico, aumento e perdita di peso.		
Illustrare alla persona assistita le condizioni di salute che possono influire sul peso corporeo.		

Esortare la persona a fissare, per iscritto, obiettivi settimanali realistici relativi all'apporto alimentare e all'esercizio fisico e a esporli in modo tale da poterli consultare giornalmente.		
Aiutare la persona assistita a definire un piano di consumo dei pasti, bilanciato e coerente con il fabbisogno calorico.		

3.3.3 Obesità (00232)

Condizione in cui la persona accumula grasso in eccesso rispetto ai valori normali per età e genere, che supera la soglia del sovrappeso.

Correlata a modelli anomali di comportamento alimentare, attività fisica media quotidiana inferiore a quella raccomandata per genere ed età, dispendio energetico inferiore all'apporto energetico in base a strumenti standard di valutazione

NOC - Outcome

Autocontrollo dei disturbi del comportamento alimentare (1411)	1	2	3	4	5	Data della valutazione
Partecipa nel fissare obiettivi dietetici raggiungibili con un professionista della salute.						
Imposta una perdita di peso corporeo realizzabile come obiettivo da raggiungere.						
Mantiene i progressi verso il target di peso stabilito.						
Segue il piano terapeutico.						
Identifica gli stati emotivi che influenzano l'assunzione di cibo e liquidi.						
Pianifica delle strategie per le situazioni che influenzano l'assunzione di cibo e liquidi.						
Elimina i comportamenti alimentari disadattivi.						

Comportamenti volti al calo del peso corporeo (1627)	1	2	3	4	5	Data della valutazione
Si impegna in un piano alimentare salutare.						
Stabilisce una routine di esercizi fisici.						
Evita alimenti e bevande ad elevato contenuto calorico.						
Usa il sistema di sostegno personale per migliorare la perdita di peso.						
Gestisce gli ostacoli continuando gli sforzi per perdere peso.						
Monitora il peso corporeo.						
Usa un diario per monitorare l'assunzione di alimenti e bevande.						
Peso : massa corporea (1006)	1	2	3	4	5	Data della valutazione
Peso corporeo.						
Spessore della plica cutanea subscapolare.						
Rapporto tra le circonferenze vita/fianchi (donna) o collo e vita (uomo).						
Percentuale di grasso corporeo.						

NIC - Interventi

Assistenza alla riduzione del peso corporeo (1280)	Eseguito (data)	Non eseguito (motivazione)
Fissare un obiettivo di calo ponderale settimanale.		
Discutere le battute d'arresto per aiutare la persona a superare gli ostacoli e a raggiungere con successo gli obiettivi.		
Aiutare la persona a identificare le motivazioni che la spingono a mangiare e gli stimoli interni ed esterni legati all'alimentazione.		

Consigliare di essere attivi in casa mentre si effettuano le faccende domestiche e di trovare un modo che prevede un maggior dispendio di energia nelle attività di vita quotidiana.		
Raccomandare la scelta di diete che consentano il calo ponderale in un lungo periodo.		
Insegnare come interpretare le etichette durante l'acquisto degli alimenti per controllare la quantità di grassi e calorie.		
Promozione dell'attività fisica (0200)	Eseguito (data)	Non eseguito (motivazione)
Verificare la presenza di ostacoli allo svolgimento dell'attività fisica.		
Incoraggiare la persona a cominciare o continuare l'attività fisica.		
Aiutare la persona a fissare obiettivi a breve e lungo termine per il programma di attività fisica.		
Aiutare la persona a fissare regolari periodi di attività fisica all'interno della routine settimanale.		
Monitorare l'adesione della persona al programma di attività fisica.		
Monitorare la risposta della persona al programma di attività fisica.		
Fornire dei riscontri che sollecitano la persona a proseguire nel suo impegno.		
Sostegno alla modifica del comportamento (4360)	Eseguito (data)	Non eseguito (motivazione)
Aiutare la persona ad identificare i suoi punti di forza e potenziali.		

Incoraggiare la sostituzione di abitudini indesiderate con altre che siano invece desiderate.		
Non dare l'impressione di rifiutare o di sminuire gli sforzi che la persona sta compiendo per cambiare il proprio comportamento.		
Incoraggiare la persona ad esaminare il proprio comportamento.		
Discutere il processo di modifica del comportamento con la persona assistita/un'altra persona significativa.		
Documentare e comunicare il processo di modifica al team di trattamento, se necessario.		

3.3.4 Rischio di sindrome metabolica (00296)

Suscettibilità a sviluppare un insieme di segni e sintomi che aumentano il rischio di malattie cardiovascolari e di diabete mellito di tipo 2, che può compromettere la salute.

La sindrome metabolica viene definita come una condizione patologica caratterizzata da una grossa circonferenza vita (dovuta ad un eccesso di grasso addominale, o grasso viscerale), ipertensione arteriosa, alterata glicemia plasmatica a digiuno (FPG) o insulino-resistenza (DM tipo 2) e dislipidemia.

La presente diagnosi risulta pertanto più appropriata di “Rischio di glicemia instabile (00179)” nel descrivere la complessità e la pluralità delle comorbidità che interessano il paziente bariatrico.

NOC - Outcome

Gestione dell'ipertensione (1837)	1	2	3	4	5	Data della valutazione
Range normale dei valori di pressione sistolica.						
Range normale dei valori di pressione diastolica.						
Potenziabili complicanze dell'ipertensione.						
Importanza di fissare appuntamenti di follow up.						
Benefici dell'automonitoraggio continuo.						
Benefici della perdita di peso.						
Benefici delle modifiche dello stile di vita.						
Gestione della dislipidemia (1858)	1	2	3	4	5	Data della valutazione
Segni e sintomi di complicanze.						
Esami di laboratorio necessari per il monitoraggio della lipidemia.						
Range dei valori della lipidemia.						
Benefici dei cambiamenti nello stile di vita.						
Importanza dell'adesione al programma terapeutico.						
Effetti terapeutici dei farmaci.						
Gestione del diabete (1820)	1	2	3	4	5	Data della valutazione
Ruolo della dieta nel controllo della glicemia.						
Ruolo dell'esercizio fisico nel controllo della glicemia.						
Iperglicemia e sintomi correlati.						
Prevenzione dell'iperglicemia.						
Regime prescritto di farmaci per via orale.						

NIC - Interventi

Insegnamento: dieta prescritta (5614)	Eseguito (data)	Non eseguito (motivazione)
Valutare i modelli alimentari della persona attuali e passati, così come i cibi preferiti e le attuali abitudini alimentari.		
Spiegare l'importanza di aderire alla dieta per la salute globale.		
Osservare se la persona sceglie alimenti appropriati alla dieta prescritta.		
Insegnare alla persona a pianificare pasti appropriati.		
Gestione dell'iperglicemia (2120)	Eseguito (data)	Non eseguito (motivazione)
Monitorare la glicemia, se indicato.		
Monitorare segni e sintomi di iperglicemia: poliuria, polidipsia, polifagia, astenia, letargia, malessere, offuscamento della vista, cefalea.		
Contribuire all'identificazione delle possibili cause dell'iperglicemia.		
Facilitare l'adesione alla dieta e al regime di attività prescritti.		
Sorveglianza (6650)	Eseguito (data)	Non eseguito (motivazione)
Determinare i rischi per la salute della persona assistita.		
Chiedere alle persone assistite di riferire i segni, sintomi e problemi.		
Coinvolgere la persona assistita e i suoi familiari nelle attività di monitoraggio.		
Monitorare le capacità di autocura della persona assistita.		

3.3.5 Rischio di funzione cardiovascolare compromessa (00311)

Suscettibilità ad alterazione del trasporto delle sostanze, dell'omeostasi corporea, della rimozione dei residui del metabolismo dei tessuti e della funzionalità degli organi, che può compromettere la salute

NOC - Outcome

Funzionalità circolatoria (0401)	1	2	3	4	5	Data della valutazione
Differenza tra pressione sistolica e diastolica.						
Saturazione dell'ossigeno.						
Edema periferico.						
Ulcerazioni agli arti inferiori.						
Perfusione tissutale: cardiaca (0405)	1	2	3	4	5	Data della valutazione
Frazione di eiezione.						
Esiti dell'elettrocardiogramma.						
Esiti del test da sforzo.						
Angina.						
Tachicardia.						
Gestione della cardiopatia (1830)	1	2	3	4	5	Data della valutazione
Segni e sintomi dello stato iniziale della malattia.						
Strategie per ridurre i fattori di rischio.						
Benefici di una dieta povera di grassi e a basso tasso di colesterolo.						
Importanza del monitoraggio del peso corporeo.						

NIC - Interventi

Assistenza cardiaca (4040)	Eseguito (data)	Non eseguito (motivazione)
Verificare che il livello di attività non comprometta la gittata cardiaca o provochi eventi cardiaci.		
Spiegare alla persona l'importanza di comunicare immediatamente qualsiasi fastidio al torace.		
Monitorare le condizioni respiratorie per rilevare eventuali segni di insufficienza cardiaca.		
Valutare le alterazioni della pressione arteriosa.		
Monitorare eventuale dispnea, astenia, tachipnea e ortopnea.		
Gestione del peso corporeo (1260)	Eseguito (data)	Non eseguito (motivazione)
Discutere dei rischi associati al sovrappeso e al sottopeso.		
Determinare la motivazione individuale a cambiare le abitudini alimentari.		
Determinare il peso corporeo ideale per la persona assistita.		
Esortare la persona a registrare su un grafico il peso corporeo settimanale, se appropriato.		
Gestione del rischio cardiaco	Eseguito (data)	Non eseguito (motivazione)
Definire la priorità tra le diverse aree di riduzione del rischio in collaborazione con la persona assistita e la famiglia.		
Incoraggiare 30 minuti giornalieri di esercizio fisico, se appropriato.		
Educare la persona assistita e la famiglia sulle strategie per una dieta cardiaca salutare (per		

esempio, basso contenuto di sodio, basso contenuto di grassi, basso contenuto di colesterolo, fibre, liquidi adeguati, appropriato apporto calorico).		
Educare la persona assistita e la famiglia sulle terapie per ridurre il rischio cardiaco (per esempio, terapie farmacologiche, monitoraggio della pressione arteriosa, limitazione dei liquidi, restrizioni all'assunzione di alcol, riabilitazione cardiaca).		

3.3.6 Autostima cronicamente scarsa (00119)

Percezione negativa duratura del proprio valore, dell'accettazione e del rispetto di sé, delle competenze e dell'atteggiamento verso sé stessi.

Correlata a disturbo dell'immagine corporea, sostegno sociale inadeguato, scarsa autoefficacia, stigmatizzazione.

Come riportato dall'OMS nel Report europeo sull'obesità, il soggetto obeso è spesso vittima di una stigmatizzazione sociale, talvolta anche negli stessi ambienti di cura (WHO, 2022). Questo influisce negativamente sia sulla reale percezione del problema da parte della popolazione e degli stessi operatori sanitari, sia sulla visione che la Persona stessa ha di sé.

NOC - Outcome

Autostima (1205)	1	2	3	4	5	Data della valutazione
Espressione di autoaccettazione.						
Descrizione di sé stesso.						
Livello di fiducia.						
Percezione del proprio valore.						
Coinvolgimento sociale (1503)	1	2	3	4	5	Data della valutazione
Si connette quotidianamente con gli altri.						
Valuta la rete sociale personale.						
Stabilisce nuove relazioni.						
Partecipa con altri ad attività di svago.						
Livello di ansia sociale (1216)	1	2	3	4	5	Data della valutazione
Evita di lasciare la casa.						
Autopercezione negativa di sentirsi accettato dagli altri.						
Disagio durante gli incontri sociali.						
Interferenze con le relazioni.						

NIC - Interventi

Ispirare speranza (5310)	Eseguito (data)	Non eseguito (motivazione)
Dimostrare speranza riconoscendo il valore intrinseco della persona e dimostrando di considerare la malattia solo come un aspetto della sua persona.		
Ampliare il repertorio di meccanismi di coping di cui dispone la persona.		
Coinvolgere attivamente la persona assistita nella cura di sé.		
Incoraggiare relazioni terapeutiche con le altre persone significative.		
Miglioramento dell'autostima (5400)	Eseguito (data)	Non eseguito (motivazioni)
Monitorare le affermazioni della persona rispetto al proprio valore.		
Potenziare i punti di forza identificati dalla persona.		
Incoraggiare una maggiore responsabilità della persona nei propri confronti, se appropriato.		
Premiare e lodare i progressi della persona nella direzione del raggiungimento degli obiettivi.		
Potenziamento dei sistemi di sostegno (5440)	Eseguito (data)	Non eseguito (motivazioni)
Determinare l'adeguatezza della situazione economica della persona.		
Informare le persone/le famiglie della disponibilità di cliniche che forniscono assistenza sanitaria gratuita.		

Assistere le persone/le famiglie nel raggiungere le cliniche che forniscono assistenza sanitaria gratuita.		
--	--	--

3.3.7 Modello di sessualità inefficace (00065)

Espressione di preoccupazioni riguardo alla propria sessualità

Correlato a modelli di ruolo inadeguati.

NOC - Outcome

Consapevolezza di sé (1215)	1	2	3	4	5	Data della valutazione
Riconosce le proprie abilità emotive.						
Riconosce i propri limiti psichici.						
È consapevole dei segnali interni alla situazione.						
Riflette sui pensieri per scoprire sé stesso.						
Autostima (1205)	1	2	3	4	5	Data della valutazione
Mantenimento del contatto visivo.						
Attenzione nei confronti degli altri.						
Realizzazione di ruoli personali significativi.						
Immagine corporea (1200)	1	2	3	4	5	Data della valutazione
Immagine interiore di sé.						
Congruenza tra realtà corporea, ideale corporeo e presentazione corporea.						
Tendenza a strategie per migliorare l'aspetto.						
Soddisfazione per l'aspetto del corpo.						

NIC - Interventi

Counseling sessuale (5248)	Eseguito (data)	Non eseguito (motivazione)
Incoraggiare la persona a spiegare quali sono le sue paure e a porre domande sul funzionamento sessuale.		
Raccogliere la storia sessuale la storia sessuale della persona assistita, facendo attenzione al modello normale di funzionalità e ai termini utilizzati dalla persona per descrivere la funzionalità sessuale.		
Discutere degli effetti della salute e della malattia sulla sessualità.		
Fornire informazioni basate sui fatti riguardo ad idee errate in campo sessuale eventualmente espresse dalla persona.		
Includere il più possibile nel counseling le persone significative, se appropriato.		
Miglioramento del coping (5230)	Eseguito (data)	Non eseguito (motivazione)
Aiutare la persona a risolvere i problemi in modo costruttivo.		
Valutare l'adattamento della persona ai cambiamenti dell'immagine corporea, se appropriato.		
Valutare e discutere di risposte alternative alla situazione.		
Aiutare la persona ad identificare le risposte positive che vengono dagli altri.		
Incoraggiare l'espressione verbale di sentimenti, percezioni e paure.		

Valorizzazione dell'immagine corporea (5220)	Eseguito (data)	Non eseguito (motivazione)
Aiutare la persona a discutere dei cambiamenti causati dalla malattia o dall'intervento chirurgico, se appropriato.		
Aiutare la persona a tenere separato l'aspetto fisico dal proprio valore dal senso del proprio valore, se appropriato.		
Monitorare affermazioni della persona che identificano la percezione della sua immagine corporea con la forma ed il peso effettivi.		
Aiutare la persona a identificare le parti del proprio corpo alle quali sono associate percezioni positive.		

3.3.8 Regolazione dell'umore compromessa (00241)

Stato mentale caratterizzato da cambiamenti dell'umore o delle emozioni e che comprende un insieme di manifestazioni affettive, cognitive, somatiche e/o fisiologiche che variano da lievi a gravi.

Correlato a difficoltà nelle funzionalità sociali, isolamento sociale e variazione del peso corporeo.

NOC - Outcome

Benessere personale (2002)	1	2	3	4	5	Data della valutazione
Salute psicologica.						
Relazioni sociali.						
Livello di felicità.						
Capacità di esprimere emozioni.						
Equilibrio dell'umore (1204)	1	2	3	4	5	Data della valutazione
Dimostra un umore costante.						
Dimostra controllo degli impulsi.						
Dimostra un appetito normale.						
Mostra un livello di energia stabile.						
Livello di depressione (1208)	1	2	3	4	5	Data della valutazione
Perdita di interesse nelle attività.						
Assenza di piacere nelle attività.						
Ridotta concentrazione.						
Aumento del peso corporeo.						
Tristezza.						
Crisi di pianto.						
Mancanza di speranza.						
Solitudine.						

NIC - Interventi

Gestione dell'umore (5330)	Eseguito (data)	Non eseguito (motivazione)
Valutare l'umore della persona assistita (per esempio segni, sintomi, storia personale) sia nella valutazione iniziale, sia costantemente durante il trattamento.		
Individuare se la persona assistita costituisce un rischio per la propria sicurezza o per la sicurezza di altri.		

Assicurare o indirizzare la persona assistita al trattamento psicoterapico, se appropriato.		
Interagire ad intervalli regolari con la persona assistita per comunicare premura e/o fornirle un'occasione di parlare delle proprie sensazioni.		
Assistere la persona a monitorare consapevolmente il proprio umore.		
Ispirare speranza (5310)	Eseguito (data)	Non eseguito (motivazione)
Aiutare la persona assistita/la famiglia a identificare le aree di speranza nella vita.		
Aiutare la persona assistita a definire ed eventualmente rivedere gli obiettivi relativi all'oggetto della speranza.		
Mettere in evidenza i rapporti di sostegno, per esempio, ricordando i nomi delle persone care alla persona apatica.		
Sostegno emozionale (5270)	Eseguito (data)	Non eseguito (motivazione)
Dichiarare sostegno ed empatia nei confronti della persona assistita.		
Aiutare la persona a riconoscere stati d'animo come l'ansia, la collera o la tristezza.		
Ascoltare/incoraggiare l'espressione dei sentimenti e le idee.		
Rimanere accanto alla persona assistita e garantirle rassicurazione e protezione nei periodi di ansia.		

3.3.9 Rischio di infezione (00004)

Suscettibilità a invasione e moltiplicazione nell'organismo di microrganismi patogeni, che può compromettere la salute.

Correlato a anemia, procedure invasive, esperienza di malattia cronica.

Il rischio infettivo è legato sia alla condizione di obesità stessa, sia all'intervento chirurgico (seppur mini-invasivo).

NOC - Outcome

Controllo dei rischi: processo infettivo (1924)	1	2	3	4	5	Data della valutazione
Individua i fattori di rischio di infezione.						
Identifica i segni e sintomi di infezione.						
Effettua l'igiene delle mani.						
Compie azioni immediate per ridurre il rischio.						
Si sottopone alle vaccinazioni raccomandate.						
Ricorre ai servizi sanitari in modo congruente con le necessità.						
Guarigione delle ferite: per prima intenzione (1102)	1	2	3	4	5	Data della valutazione
Avvicinamento dei margini della ferita.						
Formazione della cicatrice.						
Eritema cutaneo circostante.						
Edema circostante la lesione.						
Aumento della temperatura cutanea.						
Stato nutrizionale: assunzione di nutrienti (1009)	1	2	3	4	5	Data della valutazione
Apporto proteico.						
Apporto vitaminico.						
Apporto di minerali.						
Apporto di ferro.						

NIC - Interventi

Controllo delle infezioni (6540)	Eseguito (data)	Non eseguito (motivazione)
Lavarsi le mani prima e dopo ogni attività di assistenza alla persona.		
Rispettare le precauzioni universali.		
Promuovere un apporto nutrizionale appropriato.		
Insegnare alla persona a riconoscere i segni e i sintomi di infezione e quanti riferirli a professionisti della salute.		
Insegnare alla persona come evitare le infezioni.		
Cura del sito di incisione (3440)	Eseguito (data)	Non eseguito (motivazione)
Ispezionare il sito di incisione per rilevare l'eventuale comparsa di eritema, tumefazione, deiscenza o eviscerazione.		
Monitorare il processo di guarigione del sito di incisione.		
Detergere l'area attorno all'incisione con una soluzione idonea.		
Detergere procedendo dall'area pulita verso quella meno pulita.		
Rimuovere suture, graffe o clip secondo le indicazioni.		
Cambiare la medicazione a intervalli appropriati.		
Prevenzione delle infezioni (6550)	Eseguito (data)	Non eseguito (motivazione)
Monitorare la vulnerabilità alle infezioni.		
Utilizzare gli antibiotici in modo prudente.		

3.3.10 Nausea (00134)

Fenomeno soggettivo di sensazione spiacevole a livello della faringe e dello stomaco che può provocare o meno il vomito.

La diagnosi risulta particolarmente appropriata sia in virtù del tipo di intervento bariatrico preso in considerazione (restrittivo ed anoressizzante), sia in virtù delle complicanze più frequentemente ad esso associate (in particolare esofagite).

NOC - Outcome

Funzionalità gastrointestinale (1015)	1	2	3	4	5	Data della valutazione
Tolleranza ai cibi.						
Tempo di svuotamento gastrico.						
Reflusso gastrico.						
Cattiva digestione.						
Effetti destabilizzanti di nausea e vomito (2106)	1	2	3	4	5	Data della valutazione
Riduzione dell'assunzione di liquidi.						
Riduzione dell'assunzione di alimenti.						
Malessere.						
Ansia.						
Appetito (1014)	1	2	3	4	5	Data della valutazione
Desiderio di alimentarsi.						
Godimento per il cibo.						
Apporto di cibo.						
Apporto di liquidi.						

NIC - Interventi

Stadiazione di una dieta : perdita di peso chirurgica (1024)	Eseguito (data)	Non eseguito (motivazione)
Iniziare alla persona assistita ad iniziare il pasto con cibi proteici.		
Incoraggiare la persona a fare colazione e almeno 4 o 5 piccoli pasti al giorno.		
Insegnare alla persona assistita a fare bocconi piccoli, a mangiare lentamente e a masticare cibi solidi ben cotti.		
Insegnare alla persona assistita a evitare di bere mezz'ora prima, durante il pasto e fino a mezz'ora dopo il pasto per ridurre vomito e diarrea.		
Monitorare la tolleranza alla progressione della dieta.		
Gestione del vomito (1570)	Eseguito (data)	Non eseguito (motivazione)
Ridurre o eliminare i fattori personali che contribuiscono o aumentano il vomito (ansia, paura, mancanza di conoscenza).		
Monitorare l'eventuale comparsa di lesioni a carico dell'esofago e del retrofaringe se il vomito e i conati si prolungano nel tempo.		
Monitorare il bilancio idroelettrolitico.		
Gestione della nausea (1450)	Eseguito (data)	Non eseguito (motivazione)
Effettuare un accertamento completo sulla nausea che comprenda la frequenza, la durata, la gravità e i fattori scatenanti.		
Valutare l'impatto dell'esperienza di nausea sulla qualità della vita.		

Assicurarsi che siano somministrati efficaci farmaci antiemetici per prevenire la nausea quando possibile.		
Insegnare l'uso di tecniche non farmacologiche per tenere la nausea sotto controllo.		
Educare la persona sugli alimenti ad alto contenuto di carboidrati e a basso contenuto di grassi, se appropriato.		

CONCLUSIONI

Secondo i dati OMS in Europa circa 6 adulti su 10 ed 1 bambino su 3 sono obesi (BMI >30kg/m²) o gravemente sovrappeso (BMI > 25kg/m²) (WHO, 2022). In Italia i dati ISTAT 2021 rilevano che il 36,1% degli adulti è sovrappeso, ed l'11,5% è obeso.

I numeri risultano allarmanti soprattutto se si considerano le implicazioni dell'eccesso ponderale in termini di riduzione dell'aspettativa di vita e di aumento degli anni vissuti con disabilità, per via delle molteplici patologie associate al peso. Questo si traduce in una riduzione della qualità di vita della Persona, un aumento dei costi sociali e dei costi sanitari.

Siamo davanti ad una preoccupante emergenza che ci pone davanti a due priorità assolute: la prevenzione primaria, con la diffusione di nuove abitudini alimentari e di un corretto stile di vita, e la cura efficace e duratura dei casi esistenti, soprattutto quelli più gravi (obesità di I e II grado, con un BMI >35kg/m²).

Le opzioni di trattamento attualmente disponibili per il trattamento dell'obesità sono di natura comportamentale, farmacologica e chirurgica. In particolare, la chirurgia bariatrica (o chirurgia dell'obesità) si è notevolmente evoluta negli ultimi decenni e si configura come l'unica forma di trattamento che consenta la guarigione duratura ed in un notevole numero di casi di obesi e grandi obesi. Nei pazienti trattati chirurgicamente si registra una significativa riduzione della mortalità e del rischio di sviluppare altre patologie associate, del ricorso a trattamenti terapeutici e dei costi sanitari e sociali, diretti o indiretti. (Forestieri P. et al., 2008).

Tuttavia, la terapia sebbene la chirurgia bariatrica determini un importante calo ponderale specie nel breve-medio termine, terapia da sola può determinare il mantenimento dei risultati ottenuti nel tempo. Serve necessariamente la compliance del paziente, ovvero il suo impegno nel seguire le indicazioni terapeutiche fornite e nel modificare sostanzialmente il suo stile di vita, nonché la sua partecipazione alle scelte che riguardano la propria salute.

Il modello assistenziale promosso dall'IFeC corrisponde ad un approccio pro-attivo alla salute (medicina d'iniziativa) ed è ha come obiettivi l'aumento della compliance, dell'aderenza terapeutica, l'autoresponsabilizzazione e l'empowerment della Persona, discostandosi da un modello di assistenza e di concezione delle cure più reattivo e meno efficace (specie nel contesto delle Cure Primarie).

Il paziente bariatrico è per sua natura complesso e questa complessità non si risolve automaticamente con le dimissioni dopo l'intervento chirurgico (per altro precoci, con l'applicazione del protocollo ERAS).

L'approccio all'assistenza del paziente obeso consigliato dall'OMS sia prima che dopo l'intervento è lo stesso indicato per le patologie croniche, ovvero il *Chronic Care Model*.

La presenza di un IFeC sul territorio, con la funzione di Case Manager, rientra in questo modello: prende in carico la Persona e la sua famiglia, valuta gli interventi assistenziali da porre in essere, richiede eventuali consulenze specialistiche e promuove l'adesione della Persona ad eventuali programmi di follow up concordati, coordina le attività degli operatori sanitari e si occupa dell'educazione del paziente e dei suoi familiari.

Il percorso di cura e guarigione del paziente obeso sottoposto a chirurgia bariatrica dura idealmente tutta la vita e si svolge principalmente nel proprio ambiente di vita, sul territorio, al di fuori delle strutture sanitarie in cui questi soggetti vengono trattati chirurgicamente e valutati periodicamente da specifiche equipe.

Pertanto, un approccio assistenziale pro-attivo e che preveda l'adozione di modelli come quello del Case Manager e/o il CCM risulta particolarmente appropriato per questo tipo di paziente (che tipicamente non rientra nei criteri di inclusione per usufruire dell'assistenza infermieristica territoriale, inclusa nei servizi ADI), permettendo di raggiungere e migliorare gli *outcome* di salute

Partendo dalla definizione di un "prototipo" di paziente obeso sottoposto a chirurgia bariatrica (donna, età 30-40 anni, operata sleeve) attraverso l'analisi dei dati riportati nel Registro Nazionale SICOB dall'AOU delle Marche, è stato elaborato uno specifico piano assistenziale standardizzato, indirizzato al supporto dell'IFeC nella presa in carico di questo particolare tipo di paziente a livello domiciliare.

Sono state individuate 10 diagnosi infermieristiche principali, presentate in ordine di dominio: *Disponibilità a migliorare l'autogestione della salute (00293)*, *Rischio di nutrizione squilibrata: inferiore al fabbisogno metabolico (0002)*, *Obesità (00232)*, *Rischio di sindrome metabolica (00296)*, *Rischio di funzione cardiovascolare compromessa (00311)*, *Autostima cronicamente scarsa (00119)*, *Modello di sessualità inefficace (00065)*, *Regolazione dell'umore compromessa (00241)*, *Rischio di infezione (00004)*, *Nausea (00134)*.

Per ciascuna di queste sono stati selezionati opportuni NOC (con i relativi indicatori di risultato) e NIC. Il piano così costruito è stato presentato graficamente in modo da poter essere subito identificato come uno strumento pratico ed applicabile nella realtà professionale.

L'auspicio è non solo che il presente elaborato possa andare in qualche modo a costituire un valido e fruibile strumento per l'IFeC, ma che questa figura trovi presto il riconoscimento che merita a livello nazionale, diffondendosi in maniera più capillare.

Una simile prospettiva porterebbe un sensibile giovamento ad un consistente numero di cittadini, tra cui i pazienti bariatrici oggetto dell'elaborato, andando a contribuire attivamente al miglioramento del loro stato di salute, della loro qualità di vita, nonché al potenziamento dell'assistenza territoriale, evitando ricoveri ospedalieri impropri ed accessi al pronto soccorso.

BIBLIOGRAFIA

Amaro Santos C., Carvalho M., Gregório I. (2023). *Design and evaluation of a new nurse-led case management intervention for bariatric surgery patients*. *MethodsX* 10 (2023) 102049

American Society for Metabolic and Bariatric Surgery. (ASMBS, 2012). *ASMBS position statement: Bariatric Surgery in class I obesity (BMI 30-35 Kg/m²)*.

https://www.asmb.org/2012/09/bariatric_surgery_in_class_1_obesity_bmi_30_35_kgm2/

(ultima consultazione 29/03/2024)

Antonelli D. (2017). *L'infermiere di Famiglia e Cure Primarie*. Padova: Piccin Nuova Libreria

Armeni P., Biglia M., Bonora E., Caretto A., Cricelli C., Di Lorenzo N., Lenzi A., Mingrone G., Sbraccia P. (2018) *Expert Opinion: Il paziente obeso, le opzioni di trattamento ed il Percorso Assistenziale*. Società Italiana Obesità (SIO), Pisa.

Bagnasco A., Zanini M., Pozzi F., Aleo G., Catania G., Sasso L. (2020). *Uno studio europeo e-Delphi per identificare le competenze fondamentali per la definizione del percorso formativo dell'Infermiere di famiglia e di comunità*. *L'infermiere*, 2020;57:5:e75-e93

Barron M., Atkinson S. N., Kirby J., Kindel T. (2020). *Sleeve gastrectomy prevents hypertension associated with unique shifts in the gut microbiome*. *Surgical Endoscopy* (2021) 35:5461–5467 <https://doi.org/10.1007/s00464-020-08036-y>

Brugnoli A., Saiani L. (2022). *Chirurgia dell'Obesità*. In Brugnoli A., Saiani L. (2023) *Trattato di Infermieristica e Chirurgia, IV edizione* (chap 23, p. 584-599). Milano: Sorbona, Edizioni Idelson-Gnocchi.

Butcher H. K., Bulechek G. M., Dochterman J. M., Wagner C. M. (2018). *Classificazione NIC degli interventi infermieristici*. Rozzano (MI): Casa editrice Ambrosiana.

Costa J. M., Soares J. B. (2015). *Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS): Toward the Uniform Assessment of Bariatric Surgery Outcomes*. *GE Port J Gastroenterol.* 2015;22(3):85-86

Decreto Ministeriale (DM) 14 Settembre 1994, n. 739. *Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere* (in vigore dal 24/01/1995)

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1995/01/09/095G0001/sg>

(ultima consultazione 27/03/2024)

Dellafiore F., Caruso R., Cassu., Russo S., Baroni I., Barello S., Vangone I., Acampora M., Conte G., Magon A., Stievano A., Arrigoni C. (2022). *The State of the Evidence about the Family and Community Nurse: A Systematic Review*. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, 4382. <https://doi.org/10.3390/ijerph19074382>

European curriculum for Family and Community nurse (ENhANCE) (2017). FCN European Curriculum – final review EQF7 level – final draft. <https://oot.enhance-fcn.eu/pluginfile.php/14332/course/section/278/FCN%20curriculum.pdf>

(ultima consultazione 30/03/2024)

Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI, 2020). *Position Statement: L'Infermiere di famiglia e Comunità*.

https://www.nurse24.it/images/allegati/ifec_position_statement_fnopi.pdf

(ultima consultazione 27/03/2024)

Forestieri P., & Alkilani M., Amenta E., Angrisani L., Anselmino M., Basso N., Boschi S., Busetto L., Campanile F. C., Cariani S., De Luca M., De Paoli M., Di Cosmo L., Cardiello C., Lattuada E., Lesti G., Lucchese M., Morino M., Nanni G., ... Scopinaro N. (2008). *Linee Guida e stato dell'arte della chirurgia bariatrica e metabolica in Italia*.

Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle malattie metaboliche (SICOB). Napoli: EDISES s.r.l.

https://www.sicob.org/00_materiali/area_medici/linee_guida.pdf

(ultima consultazione 29/03/2024)

Foschi D., De Luca M., Sarro G., Bernante P., Zappa M.A., Moroni R., Navarra G., Foletto M., Ceriani V., Piazza L., Di Lorenzo N. (2016). Linee Guida di chirurgia dell'Obesità : *Linee Guida di buona pratica clinica nella selezione, nella preparazione, nel trattamento perioperatorio e a lungo termine del paziente obeso sottoposto a chirurgia bariatrica*. Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle malattie metaboliche (SICOB).

https://www.sicob.org/00_materiali/linee_guida_2016.pdf

(ultima consultazione 29/03/2024)

Gao B., Chen L., Liu Y., Hu S., Wang R., Peng F., Fang C., Fan Y., Su S., Han Y., Yang X., Li B. (2023) . *Efficacy and safety of enhanced recovery after surgery protocol on minimally invasive bariatric surgery: a meta-analysis*. International Journal of Surgery (2023) 109:1015–1028

Gorrell S., Mahoney C. T., Lent M., Campbell L. K., Wood G. C., Still C. (2019). *Interpersonal Abuse and Long-term Outcomes Following Bariatric Surgery*. *Obes Surg*. 2019 May; 29(5): 1528–1533. doi:10.1007/s11695-018-03696-

Hinkle L. J., Cheever H. K., Mason P. J (2017). Assistenza a persone affette da patologie gastriche e duodenali: Obesità. In Hinkle L. J., Cheever H. K. (2017) *Brunner-Suddarth: Infermieristica medico-chirurgica, vol 1 (V ed) (chap 47, p. 1414 - 1420)*. Rozzano (MI): Casa editrice Ambrosiana.

ISTUD (Fondazione ISTUD). (2013). Le cure primarie in Italia: verso quali orizzonti di cura ed assistenza. Report 2013.

<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato4056763.pdf>

(ultima consultazione 29/03/2024)

Lu N., Adambekov, S., Edwards R. P., Ramanathan R. C., Bovbjerg D. H., Linkov, F. (2019). *Relationships Between a History of Abuse, Changes in Body Mass Index, Physical Health, and Self-Reported Depression in Female Bariatric Surgery Patients*. *Bariatric Surgical Practice and Patient Care*, vol 14:3, 2019. DOI: 10.1089/bari.2018.0051

Marcadelli S., Obbia P., Prandi C. (2018). *Assistenza domiciliare e cure primarie: Il nuovo orizzonte della professione infermieristica*. Milano: Edra S.p.A

Mastrobattista L., Pacifici R. (2022). *Guida ai servizi territoriali per la cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione: aggiornamento Dicembre 2021*. Roma: Istituto Superiore di Sanità ISS:Strumenti di Riferimento 22/S1

Masocco M., Minardi V., Contoli B., Minelli G., Manno V., Cobellis L., Greco D. (2023). *Sovrappeso e obesità nella popolazione adulta in Italia: trend temporali, differenze socio-anagrafiche e regionali con focus sulla Regione Campania*. *Bollettino Epidemiologico Nazionale* 2023;4(1):1-8. DOI: https://doi.org/10.53225/BEN_059

Moha S., Samaan J. S., Premkumar A., Samakar K. (2022). *History of abuse and bariatric surgery outcomes: a systematic review*. *Surgical Endoscopy* (2022) 36:4650–4673 <https://doi.org/10.1007/s00464-022-09147-4>

Moorhead S., Swanson E., Johnson M., Maas M. L. (2018). *Classificazione NOC dei risultati infermieristici: Misurazione dei risultati di salute*. Rozzano (MI): Casa editrice Ambrosiana.

Nadalini L., Zenti M. G., Masotto L., Indelicato L., Fainelli L., Bonora F., Battistoni M., Romani B., Genna M., Zoppini G., Bonora E. (2014). *Improved Quality of Life after bariatric surgery in morbidly obese patients. Interdisciplinary group of bariatric surgery of Verona (G.I.C.O.V.)*. *G Chir* Vol. 35 - n. 7/8 - pp. 161-164 July-August 2014

NANDA International (NANDA-I, 2021) *Diagnosi Infermieristiche: Definizioni e classificazione 2021-2023* (XII ed). Rozzano (MI): Casa editrice Ambrosiana

Nogueira Moreira R. A., Caetano J. A., Moreira Barros L., Gimenez Galvao M. T. (2013). *Nursing diagnoses, related factors and risk factors during the postoperative period following bariatric surgery*. Rev Esc Enferm USP 2013; 47(1):165-72
www.ee.usp.br/reeusp/

Recalcati M., Zuccardi U. (2006). *Anoressia, bulimia, obesità*. Torino: Bollati Boringhieri editore s.r.l.

Reiber ,BMM., Leemeyer, AR., Bremer, MJM., de Brauw, M., Bruin, SC. (2021) *Weight Loss Results and Compliance with Follow-up after Bariatric Surgery*. Obesity Surgery. 2021 Aug;31(8):3606-3614. doi: 10.1007/s11695-021-05450-6.

Shajani Z., Shell D. (2021). *Infermieristica di Famiglia*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore

Smith T. W Jr., Wand X., Singer M. A., Godellar C. V., Vaince F. T. (2020). *Enhanced recovery after surgery: A clinical review of implementation across multiple surgical subspecialties*. The American Journal of Surgery 219 (2020) 530e534

Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle malattie metaboliche (SICOB, 2023), *Linee Guida della Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle Malattie Metaboliche (SICOB): La terapia chirurgica dell'obesità e delle complicanze associate*.
https://www.sicob.org/00_materiali/Linee_Guida_SICOB_2023.pdf
(ultima consultazione 29/03/2024)

Soroceanu R. P., Timofte D. V., Danila R., Timofeiov S., Livadariu R., Miler A. A., Ciuntu B. M., Drugus D., Checherita L. E., Drochioi I. C., Ciofu M. L., Azoicai D. (2023). *The Impact of Bariatric Surgery on Quality of Life in Patients with Obesity*. J. Clin. Med. 2023, 12, 4225. <https://doi.org/10.3390/jcm12134225>

Stefura T., Zapala B., Gosiewski T., Skomarowska O., Pedziwiatr M., Major P. (2022). *Changes in the Composition of Oral and Intestinal Microbiota After Sleeve Gastrectomy*

and Roux-En-Y Gastric Bypass and Their Impact on Outcomes of Bariatric Surgery. Obesity Surgery (2022) 32:1439–1450 <https://doi.org/10.1007/s11695-022-05954-9>

Università Cattolica del Sacro Cuore (2023). *Rapporto Osservasalute 2022: Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane.* Roma. https://osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2023/06/ro-2022-volume_completo.pdf

(ultima consultazione 29/03/2024)

Wilkinson J.M. (2013). *Processo infermieristico e Pensiero critico.* Rozzano (MI): Casa editrice Ambrosiana.

Wilkinson J.M., Barcus (2017). *Diagnosi infermieristiche con NOC e NIC.* Rozzano (MI): Casa editrice Ambrosiana

World Health Organization (WHO, 2022). *European Regional Obesity Report 2022.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. <https://www.epicentro.iss.it/obesita/report-obesita-oms-2022#:~:text=Sovrappeso%20e%20obesità%20sono%20infatti,della%20mortalità%20totale%20nella%20Regione.>

(ultima consultazione 29/03/2024)

World Health Organization. (WHO, 2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic.* Geneva : WHO Technical Report Series

SITOGRAFIA

<https://www.epicentro.iss.it/obesita/aggiornamenti> ultima consultazione 28/03/2024

<https://www.epicentro.iss.it/obesita/epidemiologia-italia> ultima consultazione 28/03/2024

<https://www.epicentro.iss.it/obesita/report-obesita-oms-2022#:~:text=Sovrappeso%20e%20obesità%20sono%20infatti,della%20mortalità%20totale%20nella%20Regione> ultima consultazione 28/03/2024

https://www.iss.it/prodotti-per-il-controllo-del-peso/-/asset_publisher/S27m3JVjGST7/content/farmaci-per-il-trattamento-dell-obesità-autorizzati-al-commercio-in-italia#:~:text=Allo%20stato%20attuale%2C%20i%20farmaci,alimentari%20o%20a%20preparazioni%20galeniche%20magistrali. ultima consultazione 29/03/2024

<https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf> ultima consultazione 28/03/2024

<https://osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservasalute-2022> ultima consultazione 29/03/2024

<https://www.regione.marche.it/ars/Aree-di-Attività/Piano-Socio-Sanitario-Regionale> ultima consultazione 28/03/2024

<https://www.salute.gov.it/portale/stiliVita/dettaglioContenutiStiliVita.jsp?lingua=italiano&id=5510&area=stiliVita&menu=alimentazione#:~:text=In%20Italia%2C%20l'ISTAT%2C,un%20trend%20in%20costante%20crescita>. ultima consultazione 28/03/2024

<https://www.sicob.org> ultima consultazione 29/03/2024