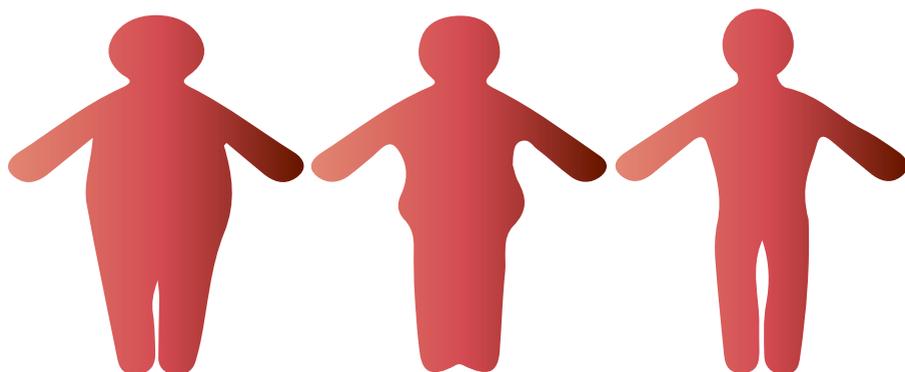


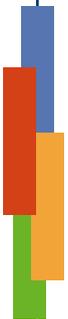


INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE CANDIDATO A CHIRURGIA BARIATRICA



Gentile paziente,
questo opuscolo ha l'obiettivo di fornire informazioni utili
per rendere più semplice ed ottimizzare il percorso per i
candidati a intervento di Chirurgia Bariatrica e Metabolica
presso il nostro Centro.

Il Team Multidisciplinare di Chirurgia Bariatrica e Metabolica ASF



L'obesità è stata definita dall' Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come l'epidemia del XXI secolo (Globesity).

Dal 1980 ad oggi la popolazione obesa è più che raddoppiata: circa il 65% della popolazione mondiale vive in Paesi in cui l'obesità e il sovrappeso sono responsabili di un numero di decessi maggiore rispetto a quelli dovuti alla sottanutrizione o alla fame.

I RISCHI

L'Obesità desta particolare preoccupazione poiché rappresenta un consolidato fattore di rischio per numerose patologie croniche, tra cui il diabete mellito di tipo 2 (alimentare), le dislipidemie (eccesso di grassi nel sangue), l'ipertensione arteriosa (pressione alta) e le malattie cardiovascolari; tutte condizioni queste in grado di compromettere sia la qualità, sia l'aspettativa di vita. Inoltre, si ritiene che l'obesità aumenti il rischio di insorgenza di diversi tipi di tumore (mammella, prostata, colon retto, utero, ovaio).

In Europa il sovrappeso e l'obesità sono responsabili di circa l'80% dei casi di diabete tipo 2, del 55% dei casi di ipertensione arteriosa e del 35% di casi di problemi cardiaci; si considera, infatti, che l'obesità aumenti del 25% il rischio di morire di infarto e del 10% quello di morire di ictus, riducendo l'aspettativa di vita di circa 7-12 anni.

Di fronte a questa grave e preoccupante emergenza, ci sono due priorità: la prevenzione, con la diffusione di corrette abitudini alimentari ed uno stile di vita attivo, e la cura efficace e duratura dei casi esistenti, soprattutto quelli più gravi.



OBESITÀ: COME SI MISURA

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito l'Obesità come "una condizione clinica caratterizzata da un eccessivo peso corporeo tale da influire negativamente sullo stato di salute".

Per riuscire ad identificare il grado di sovrappeso-obesità di un soggetto esistono diverse formule di comune utilizzo, primo fra tutti il Body Mass Index (BMI). L'Indice di Massa Corporea (IMC) o Body Mass Index (BMI) si calcola con la semplice formula:

$$\text{BMI} = \text{Peso (kg)} / \text{Altezza (m)}^2$$

(peso corporeo in kg diviso il quadrato dell'altezza in metri)

Nell'adulto viene definito normopeso un valore di BMI compreso tra 18,5 kg/m² e 24,9 kg/m², sovrappeso un BMI superiore a 25 kg/m² e obesità un valore superiore a 30 kg/m². Valori di BMI superiori a 40 oppure a 35 con una patologia associata, definiscono una condizione di **obesità grave o morbigena**.

Es: persona alta 1.70 m

Peso 65 kg → normopeso BMI 22.5

Peso 75 kg → sovrappeso BMI 26

Peso 87 kg → obesità BMI 30

Peso 118 kg → obesità grave BMI 40

Un altro comune indice utilizzato per la misura del sovrappeso è la **circonferenza addominale**, la quale fornisce una stima del grasso viscerale.

Il grasso viscerale o addominale è l'adipe che si trova a carico degli organi interni e risulta essere il più attivo a livello metabolico. Infatti, una circonferenza addominale che superi i 102 cm nell'uomo e gli 88 cm nelle donne è correlata ad un aumentato rischio di sviluppo di patologie metaboliche (es: diabete mellito di tipo 2) e malattie cardiovascolari

TRATTAMENTO CHIRURGICO

Chi sono i candidati?

La chirurgia bariatrica (dal greco *baros*, peso) è quella branca della chirurgia che si occupa del trattamento dei pazienti affetti da grave e patologico eccesso di peso.

Come evidenziato dalla comunità scientifica la chirurgia dell'obesità rappresenta lo strumento più efficace per il trattamento dell'obesità grave, essendo l'unica opzione terapeutica in grado di mantenere un calo di peso a lungo termine correlato ad una riduzione del rischio di mortalità e di sviluppo di malattie associate.

 Normopeso	= 18 - 24.9		
 Sovrappeso	= 25 - 29.9		TRATTAMENTO CONSERVATIVO
 Obesità I	= 30 - 34.9	Obeso	
 Obesità II	= 35 - 39.9	Obeso patologico *	CHIRURGIA DELL'OBESITÀ
 Obesità III	40 +	Obeso patologico	

* in presenza di almeno una patologia associata

Essendo gli interventi di chirurgia bariatrica, rilevanti e non routinari, con grandi modificazioni sia fisiologico-anatomiche che psicologiche, i pazienti dovranno essere candidati dopo un'attenta valutazione da parte del Team Multidisciplinare.

La valutazione sarà effettuata secondo i criteri di indicazione proposti dalla Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle Malattie Metaboliche (SICOb) in accordo con le indicazioni proposte dalle più importanti società scientifiche a livello internazionale.

Criteri di indicazione all'intervento	Criteri di controindicazione all'intervento
Età compresa tra 18 e 65 anni	Malattie endocrine reversibili o altri disordini correlati e/o causa di obesità
BMI maggiore o uguale a 40	Dipendenza da alcool o droghe
BMI compreso tra 35 e 40 in presenza di patologie associate (diabete, ipertensione, apnee notturne...)	Malattie psichiatriche severe e disturbi del comportamento alimentare non controllati
Fallimento di tentativi di terapia conservativa (dietoterapia, terapia farmacologica ...) durati per almeno 1 anno	Rischio operatorio troppo elevato
Capacità di comprendere l'intervento e aderire alle regole comportamentali richieste dalla procedura chirurgica (rispettare gli incontri post-operatori previsti con il Team Multidisciplinare, aderire alle terapie mediche raccomandate, alle norme dietetiche e alle supplementazioni necessarie)	Incapacità di comprendere rischi, benefici, aspettative e cambiamenti dello stile di vita richiesti dalla chirurgia bariatrica

IL TEAM MULTIDISCIPLINARE



Il Team Multidisciplinare nasce dalla convinzione che l'obesità sia una sindrome metabolica cronica multifattoriale che necessita quindi di un approccio terapeutico integrato multidisciplinare in cui l'intervento chirurgico rappresenta l'anello di una catena terapeutica molto complessa.

Tutti i pazienti che afferiscono al Centro vengono, in prima istanza, attentamente valutati da chirurgo, dietista, psichiatra ed endocrinologo; una volta candidati all'intervento vengono poi accompagnati durante tutto l'iter chirurgico dal Patient Manager. Le altre figure professionali vengono coinvolte nel processo terapeutico su richiesta di questi quattro specialisti oppure in un secondo tempo per l'esecuzione di esami o interventi specialistici.

Il compito del chirurgo è quello di collaborare con il Team nella selezione dei candidati, i quali verranno attentamente seguiti durante tutto il percorso sia operatorio che post-operatorio.

Il ventaglio delle opzioni chirurgiche è molto ampio e comprende diverse tipologie di intervento.

AREA
MEDICO
CHIRURGICA

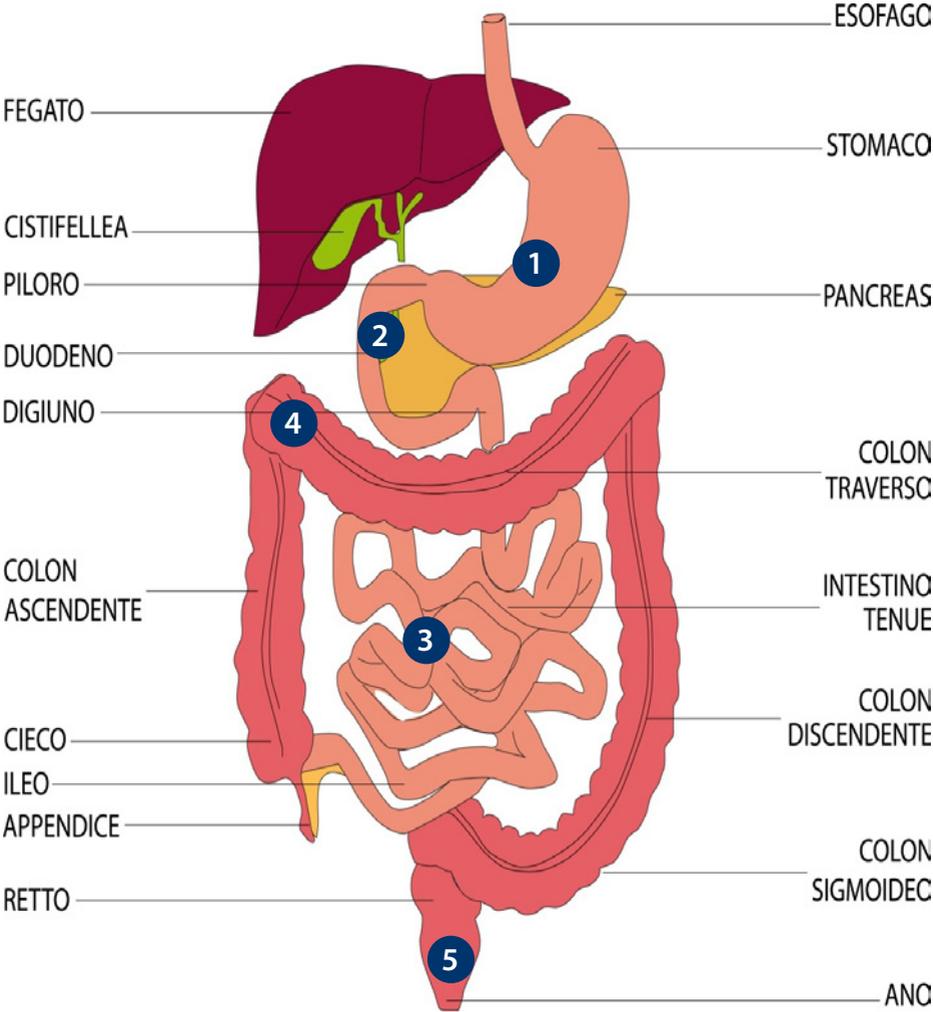
I primi tentativi di risolvere l'obesità grave con un intervento chirurgico risalgono a circa 60 anni fa e da allora molte tecniche sono state sperimentate e modificate con più o meno successo. Le tecniche attualmente utilizzate si riconducono a 3 meccanismi fondamentali:

- INTERVENTI RESTRITTIVI GASTRICI
- INTERVENTI MALASSORBITIVI
- INTERVENTI AD ATTIVITÀ FUNZIONALE

Tutti gli interventi sono eseguibili per via laparoscopica. Questa tecnica prevede l'introduzione, attraverso piccoli fori, di appositi strumenti e di una videocamera, nell'addome del paziente. Il chirurgo procede con l'operazione osservando le immagini trasmesse su uno schermo e manovrando dall'esterno gli strumenti. Questa tecnica mini-invasiva permette una mobilizzazione precoce del paziente, una netta riduzione del dolore post-operatorio, delle infezioni delle ferite e dell'incidenza di ernie post-operatorie. Tutti gli interventi vengono effettuati in anestesia generale.

COME SIAMO FATTI

La chirurgia bariatrica modifica il funzionamento dell'apparato digerente del paziente, cioè il percorso che il cibo compie a partire dalla bocca per essere digerito ed assorbito dall'organismo. Seguendo i numeri presenti nell'immagine è possibile ricostruire il tragitto compiuto dal cibo all'interno del tratto digerente.



INTERVENTI RESTRITTIVI GASTRICI

Questi interventi hanno lo scopo di «ridurre» la porzione di stomaco utilizzabile (*tasca gastrica*): in questo modo il paziente proverà un senso di sazietà con una quantità di cibo inferiore a quella normalmente consumata.

Es: bendaggio gastrico regolabile e sleeve gastrectomy

INTERVENTI AD AZIONE FUNZIONALE

Questi tipi di interventi agiscono attraverso un restringimento dello stomaco ed un'azione metabolica.

Es: bypass gastrico

INTERVENTI MALASSORBITIVI

In questo caso l'obiettivo è ridurre la quantità di grassi e amidi che vengono assorbiti a livello intestinale; il loro scarso assorbimento (malassorbimento) porta ad un calo di peso nel paziente

Es: diversione biliopancreatica

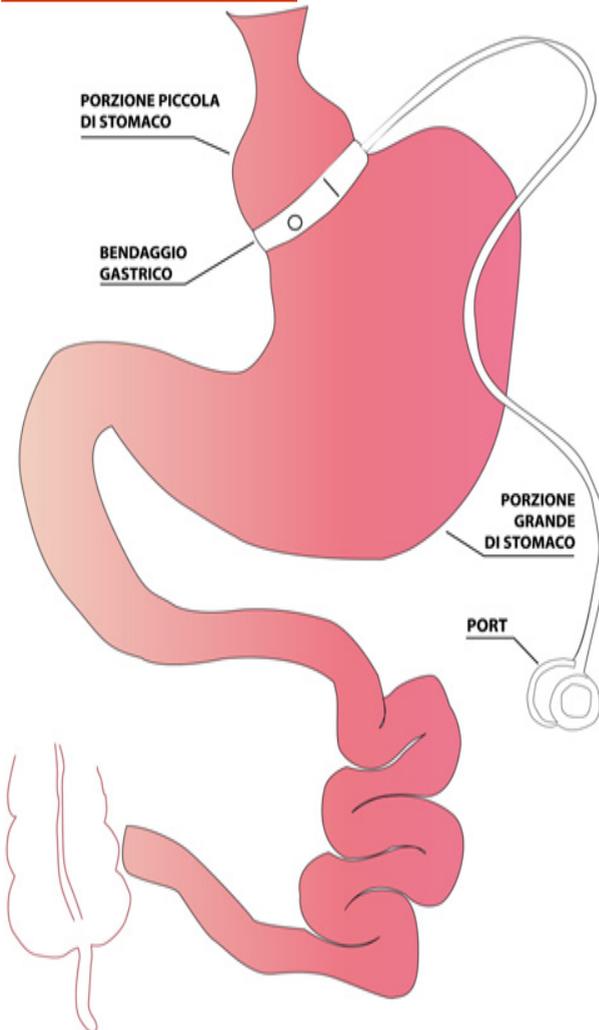
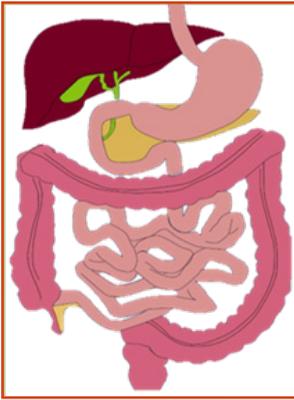
BENDAGGIO GASTRICO

Descrizione

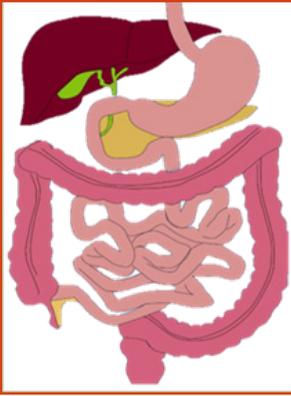
La tasca gastrica viene creata strozzando la parte superiore dello stomaco con un anello di silicone. Lo "strozzamento", e quindi la tasca gastrica, potrà essere variato dal chirurgo agendo su un piccolo serbatoio collegato all'anello di silicone. Il serbatoio viene posizionato sottocute nella zona addominale, risultando quindi non visibile. In questo caso nessuna parte dello stomaco viene asportata. Il bendaggio può essere mantenuto a vita ma, se necessario anche essere rimosso.

Calo di peso atteso

Con questo intervento si ottiene in media una riduzione del 40-50% dell'eccesso di peso preoperatorio, ma con ampia variabilità da caso a caso, soprattutto nel mantenimento a lungo termine.

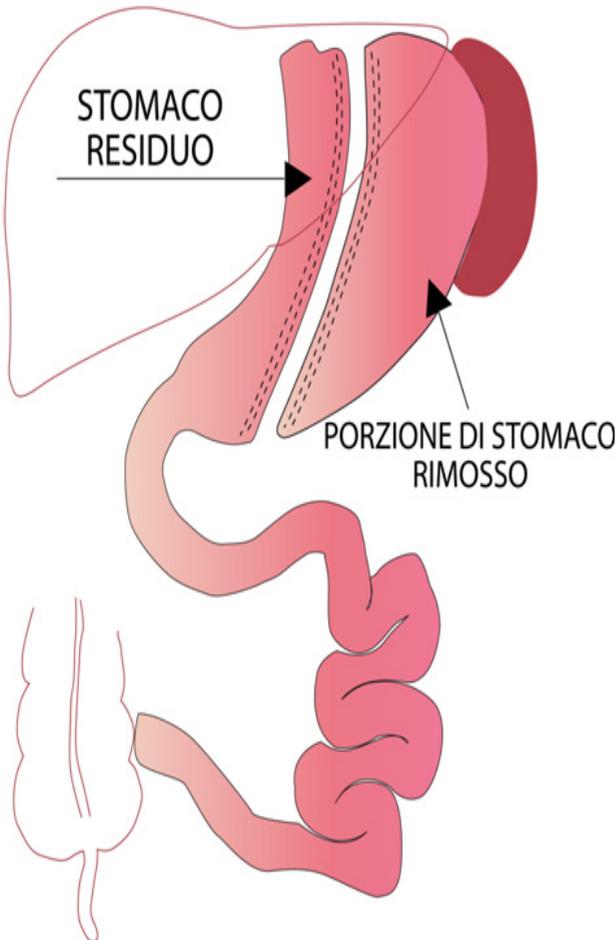


SLEEVE GASTRECTOMY



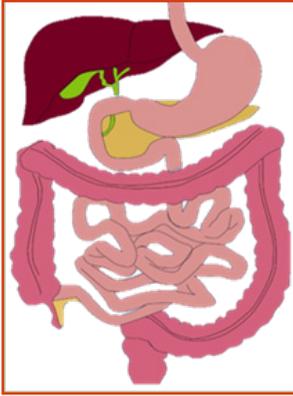
Descrizione

A differenza del bendaggio, questo intervento prevede l'asportazione di gran parte (2/3) di stomaco sezionata verticalmente. Si viene a creare un tubo gastrico nel quale il cibo si deposita e transita nell'intestino normalmente. L'intervento è irreversibile, ma non cambia il funzionamento dello stomaco. Il tubo gastrico avrà capacità ridotta rispetto allo stomaco originale inducendo nel paziente un senso di sazietà precoce e riduzione dell'appetito.



Calo di peso atteso

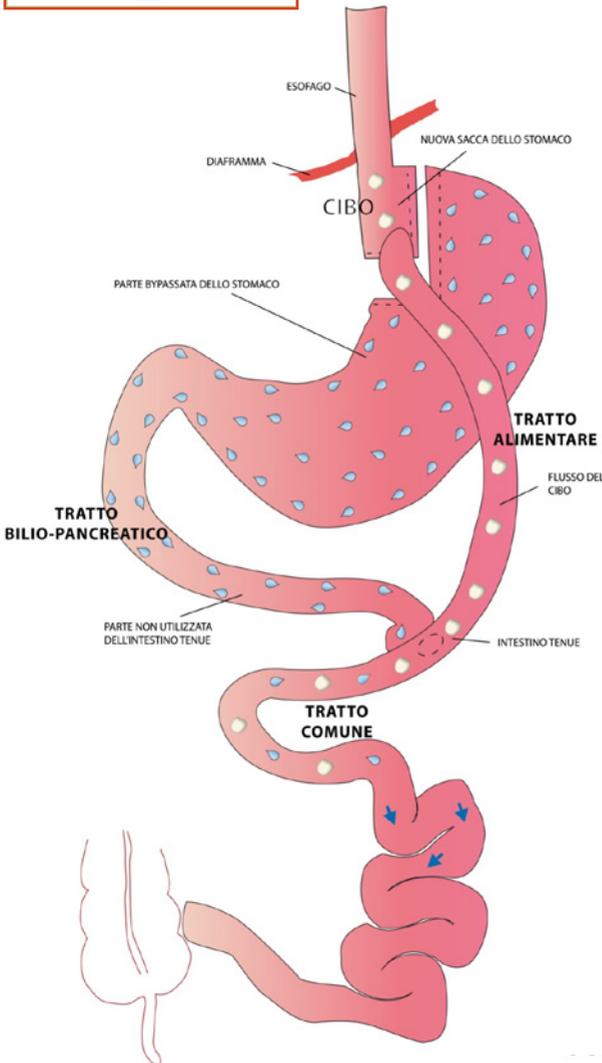
Con questo intervento si ottiene in media una riduzione del 60-65% dell'eccesso di peso preoperatorio, ma con ampia variabilità da caso a caso, soprattutto nel mantenimento a lungo termine.



BY-PASS GASTRICO

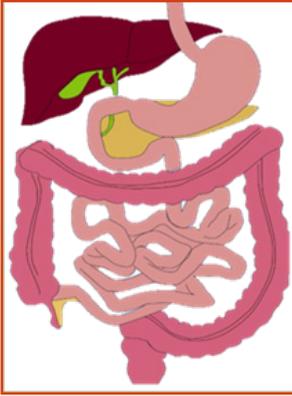
Descrizione

In questo intervento viene creata una tasca gastrica non collegata al resto dello stomaco ma direttamente all'intestino. Questo riarrangiamento anatomico costringe gli alimenti ad entrare in contatto con i succhi digestivi più tardi rispetto alla normalità. Questo intervento non prevede l'asportazione di nessuna parte di intestino o di stomaco. Quindi avremo un precoce senso di sazietà dovuto alla creazione della tasca ed una serie di modificazioni a livello metabolico dovute all'intervento.



Calo di peso atteso

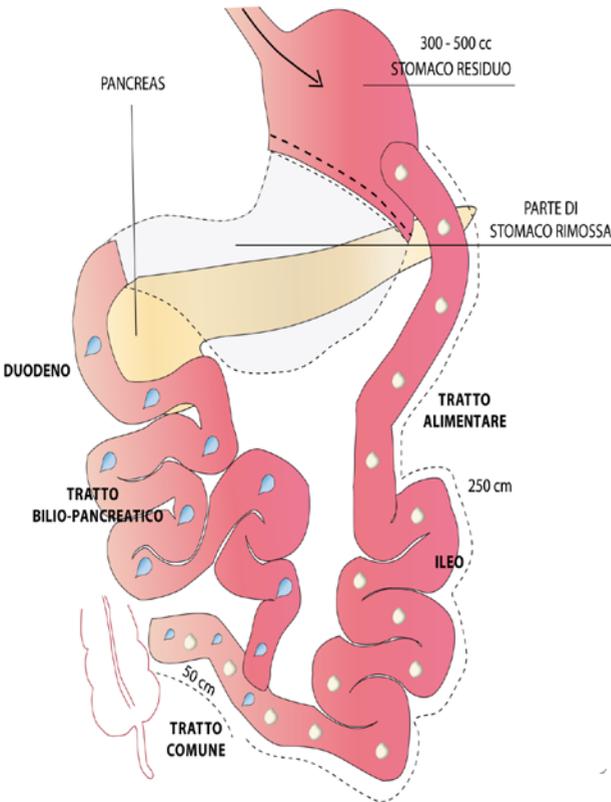
Con questo intervento si ottiene in media una riduzione del 65-75% dell'eccesso di peso preoperatorio, ma con ampia variabilità da caso a caso, soprattutto nel mantenimento a lungo termine.



DIVERSIONE BILIO-PANCREATICA

Descrizione

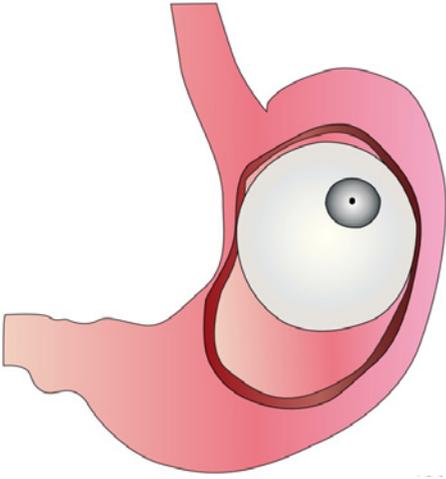
Esistono diverse varianti dell'intervento e la più utilizzata è la variante secondo Scopinaro. Durante l'intervento viene asportata una parte dello stomaco e a volte la colecisti. Contemporaneamente l'intestino viene rimaneggiato in modo che i succhi digestivi incontrino il cibo negli ultimi 50-70 cm del tratto intestinale assorbente. Il cibo segue un percorso diverso da quello normale instaurando una permanente riduzione dell'assorbimento intestinale.



Calo di peso atteso

Con questo intervento si ottiene in media una riduzione del 70-80% dell'eccesso di peso preoperatorio, ma con ampia variabilità da caso a caso. Rispetto agli altri interventi, la perdita di peso e il mantenimento di esso si ottengono in condizioni di dieta relativamente libera (ad eccezione degli zuccheri semplici).

PALLONE INTRA-GASTRICO



Oltre agli interventi finora descritti esiste un altro tipo di procedura non chirurgica: il Pallone Intragastro. Si tratta di un trattamento temporaneo con una durata massima di 6 mesi

Risultando nella maggioranza dei casi una procedura non risolutiva, il suo utilizzo ha lo scopo di educare il paziente alla restrizione alimentare e di indurre un calo ponderale pre-intervento riducendo quindi il rischio anestesiológico.

Presso il nostro Centro, infatti, non è previsto l'utilizzo del pallone come trattamento esclusivo, ma solo come strumento di preparazione al successivo intervento.

Il pallone è costituito da una bolla in silicone, posizionata endoscopicamente nello stomaco e successivamente riempita con soluzione fisiologica fino al raggiungimento della forma sferica. Una volta gonfio, il pallone si muove liberamente all'interno dello stomaco e ne riduce la capacità: in questo modo, il paziente percepisce un senso di sazietà dopo aver introdotto anche solo piccole quantità di cibo.

Il posizionamento e la rimozione del pallone vengono effettuati attraverso una gastroscopia, solitamente in blanda sedazione anestesiológica.

Dopo il posizionamento del pallone è previsto un ricovero minimo di 2 giornate.

Ogni mese, per l'intera permanenza del pallone, il paziente dovrà sottoporsi a controlli con la dietista e qualora necessario con gli altri membri del Team Multidisciplinare.

AREA DIETISTICA

L'inquadramento nutrizionale del paziente obeso candidato a chirurgia bariatrica ha come scopo primario quello di valutare dettagliatamente la presenza di indicazioni o controindicazioni all'intervento.

Il paziente incontrerà la figura del dietista in 3 fasi:

PRE OPERATORIO

Durante la prima visita verranno raccolti i dati antropometrici (peso, altezza, calcolo del BMI, circonferenze) ed anamnestici mirati all'indagine della storia del peso e delle abitudini alimentari del paziente. Circa 1 mese prima dell'intervento il dietista incontrerà e fornirà al paziente uno schema dietetico preoperatorio.

PERI OPERATORIO

Prima della dimissione, nel reparto di degenza, il dietista consegnerà e spiegherà al paziente il tipo di rialimentazione post-operatoria. Le indicazioni dovranno essere seguite in modo preciso per circa 1 mese al fine di ripristinare correttamente la funzionalità gastro-intestinale.

POST OPERATORIO

Gli incontri con il dietista saranno a vita e secondo la cadenza decisa dal Team. Durante i controlli il dietista monitorerà il calo ponderale, rivaluterà l'anamnesi alimentare e fornirà indicazioni dietetiche utili per l'ottimizzazione dei risultati. Inoltre, quando richiesti, visionerà gli esami ematochimici e strumentali al fine di valutare lo stato nutrizionale con conseguente adeguamento delle integrazioni di micro e macronutrienti. Qualora venissero riscontrate difficoltà nel calo di peso e di aderenza alle indicazioni alimentari saranno pianificati incontri a cadenza ravvicinata.



AREA
PSICO
COMPORTAMENTALE

La gestione del paziente obeso all'interno del percorso per la chirurgia bariatrica prevede la considerazione di rigorosi e standardizzati criteri di inclusione ed esclusione.

Tali criteri vengono valutati dallo psichiatra presente nell'equipe. Specifiche sindromi psichiatriche, infatti, (es. Depressione Maggiore, Disturbo Bipolare, Bulimia Nervosa, Disturbo da Alimentazione Incontrollata) possono rappresentare degli ostacoli nell'iter pre e post operatorio.

La **FASE PRE OPERATORIA** riguardante l'aspetto psico-comportamentale prevede un colloquio psichiatrico e la compilazione di una serie di questionari autosomministrati. Durante la visita vengono valutati tutti i dati anamnestici del paziente con particolare attenzione all'eventuale presenza (passata o in atto) di sindromi psichiatriche, disturbi del comportamento alimentare e disturbi di personalità.

Nella **FASE POST OPERATORIA** sono previste delle visite psichiatriche di controllo a cadenza decisa dal Team. La visita consisterà in una parte di colloquio e una parte in cui saranno somministrati questionari. In caso di buon compenso e aderenza al percorso terapeutico, le visite seguiranno la cadenza del protocollo. Qualora vengano riscontrati, dal medico o dal paziente, un disagio psicologico o eventi di vita critici, è essenziale che il paziente sia a conoscenza della possibilità di rivolgersi al servizio in ogni momento.



PATIENT MANAGEMENT

Il Centro di Chirurgia Bariatrica e Metabolica dell'Azienda USL Toscana centro mette a disposizione una figura clinica e amministrativa dedicata, che accompagna il paziente nel suo percorso di cura, associando ad un'efficiente capacità organizzativa, le competenze cliniche necessarie, ponendo particolare attenzione alla sfera comunicativa e psico-relazionale del paziente candidato alla chirurgia bariatrica.

Questa figura, il Patient Manager, ha nello specifico, il compito di definire e pianificare il percorso di cura del paziente, accompagnandolo nelle fasi pre- e post- intervento. L'obiettivo primario è quello di ottimizzare e semplificare il percorso che i pazienti dovranno effettuare per il raggiungimento dei risultati.

Accoglienza, gestione dell'iter diagnostico, della lista di attesa, della fase pre- e post-intervento, organizzazione di eventi scientifici ed elaborazione di materiale informativo sono i focus del Patient Management.

IL PERCORSO: LE FASI

PRIMA VISITA

Colloquio con i membri del Team Multidisciplinare e consegna dei test di autovalutazione

Riunione del Team per la selezione dei candidati

Colloquio finale con il paziente

FASE DI STUDIO

I soggetti candidati all'intervento riceveranno in sede di prima visita una serie di impegnative mediche relative agli esami di studio. Nella stessa giornata o nei giorni immediatamente successivi saranno comunicate le date relative alle prenotazioni degli esami necessari, qualora si decidesse di effettuare tutto il percorso presso la nostra struttura. Al termine dell'iter diagnostico si dovrà prenotare un appuntamento per completamento prima visita per far visionare gli esami effettuati all'equipe chirurgica.

Solo dopo aver visionato gli esami di studio l'Equipe inserirà i candidati in lista di attesa per l'intervento.

Durante questa fase è previsto un seminario al quale saranno invitate anche le famiglie dei pazienti candidati e i pazienti già operati. In questa occasione sarà presente tutto il Team Multidisciplinare in modo da chiarire tutti i dubbi dei pazienti prossimi all'intervento.

PRIMA
VISITA

FASE
DI STUDIO

PRE
OSPEDALIZZAZIONE

INTERVENTO

POST
INTERVENTO

PRE OSPEDALIZZAZIONE

La Pre Ospedalizzazione è la fase immediatamente precedente all'intervento. Durante questa fase il paziente effettuerà una serie di esami di interesse anestesilogico (esami ematici, ECG) e la visita con l'anestesista stesso. Tutta la fase di Pre Ospedalizzazione avviene in una unica giornata presso il Servizio Accoglienza Percorso Operatorio (SAPO) del nostro Centro ed è interamente gestita da personale specializzato.

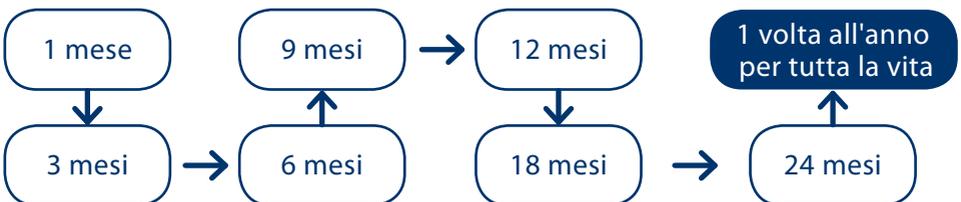
FASE DI INTERVENTO

7 giorni prima	→	conferma della data
1 giorno prima	→	ricovero
		INTERVENTO
4 giorni dopo	→	rialimentazione
5 giorni dopo	→	dimissione
3 settimane dopo	→	fine convalescenza

POST INTERVENTO

Il post operatorio è probabilmente la fase più importante dell'intero percorso. Esso determina la riuscita dell'intervento, ed è per questo che il Team resta sempre a disposizione dei pazienti operati. Dopo l'intervento i pazienti incontreranno il Team a cadenza ravvicinata il primo anno e poi con incontri annuali dopo il secondo anno dall'intervento. I pazienti potranno contattare il Team in qualsiasi momento e se necessario incontrarlo al di fuori degli incontri definiti dal protocollo.

Gli incontri prefissati seguiranno la seguente cadenza:



Realizzato da: Dott.ssa Beltrame Benedetta
Le immagini sono di Marta Mugnaini



CONTATTI UTILI

Chirurgia bariatrica e metabolica

APPUNTAMENTI

Prime visite

CUP metropolitano 840003003 (da fisso) 199175955 (da cellulare)

Libera professione 055 6937384 oppure
tramite CUP 848800048 (da fisso) 199197977 (da cellulare)

Controlli post-operatori

055 6938833

lunedì e venerdì 12.30 - 14.30

TEAM MULTIDISCIPLINARE

Telefono 055 6938570

EMAIL

chirurgiabariatrica.firenze@gmail.com

FACEBOOK

Chirurgia Obesita Firenze