



Presidio Ospedaliero di Magenta-Abbiategrasso
Centro per la Cura dell'Obesità e delle Malattie Metaboliche
Responsabile: Dr. Sarro Giuliano

OBESITA': INFORMIAMOCI

1. PERCHE' SI DIVENTA GRASSI?

Si diventa grassi quando le calorie che introduciamo attraverso il cibo superano quelle che riusciamo a bruciare con l'esercizio fisico.

Solo un **corretto equilibrio** tra energia introdotta (cibo) e energia Consumata (attività fisica e metabolismo) ci permette di **NON accumulare grasso**.



L'obesità è una malattia complessa quasi sempre causata dall'interazione di molteplici fattori:

- 1. PREDISPOSIZIONE GENETICA E FATTORI AMBIENTALI**
- 2. STILE DI VITA**
- 3. FATTORI PSICOLOGICI**



SOLO RARAMENTE L'OBESITA' E' CAUSATA DA MALLATTIE, NELLA MAGGIOR PARTE DEI CASI DI TIPO ENDOCRINO.

1. PREDISPOSIZIONE GENETICA E FATTORI AMBIENTALI

Molte ricerche hanno dimostrato che sia i fattori genetici che quelli ambientali possono influire sull'eccesso di peso.

Un **bambino obeso**, che vive in una **famiglia di adulti obesi**, avrà molte più probabilità di diventare un **adulto obeso**.

Un bambino obeso tra i 3 e i 5 anni, ha il 24% di probabilità di diventare obeso in assenza di familiari obesi; la stessa probabilità aumenta fino al 62% se uno dei familiari è affetto da obesità.



Un ragazzo obeso, invece, tra i 10 e i 14 anni nel 64% dei casi sarà un adulto obeso; con un familiare obeso la sua probabilità aumenterà fino al 79%.

2. STILE DI VITA

UN CORRETTO STILE DI VITA CI PERMETTE DI CONTROLLARE IL PESO: OCCORRE FARE LE SCELTE GIUSTE

Attenzione alle calorie!!!



- mantenere un equilibrio tra calorie assunte e calorie consumate
- assumere grassi, proteine e carboidrati assunti nelle giuste proporzioni
- seguire una dieta varia, con abbondante frutta e verdura
- assumere tre pasti al giorno, con eventuali spuntini a basso contenuto calorico e pochi grassi.

La piramide alimentare ci insegna la giusta proporzione in cui assumere i cibi:

OLIO – GRASSI- DOLCI - ALCOOL



LATTICINI – CARNE – PESCE – UOVA - LEGUMI



FRUTTA – VERDURA – ORTAGGI



PANE – PASTA – PATATE – RISO - CEREALI



Quindi è necessario fare attenzione a cosa e come si mangia ma soprattutto mantenere nel tempo un corretto regime alimentare.

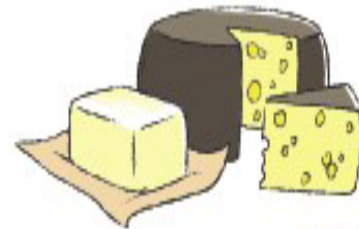
Cosa sono le calorie?

Le calorie forniscono al corpo l'energia necessaria per le funzioni vitali e sono contenute in tutti i cibi.

Un grammo di grassi = 9 Kcal
Un grammo di proteine = 4 Kcal
Un grammo di carboidrati = 4 Kcal

GRASSI: rappresentano 1/3 delle calorie assunte

- Trasportano le vitamine liposolubili (A, D, E, K).
- Hanno un ruolo determinante nei meccanismi di difesa dell'organismo.
- Aiutano a mantenere la corretta temperatura corporea.
- Favoriscono la produzione e deposito di ormoni



CARBOIDRATI: sono parte essenziale dell'alimentazione in quanto dovrebbero costituire dal 50% al 70% dell'apporto calorico totale.

- Rappresentano una fonte energetica di pronto consumo.
- In caso di eccesso di calorie vengono convertiti in grassi.
- I carboidrati si suddividono in Semplici (per es. zuccheri) e Complessi (per es. patate e cereali).



PROTEINE: sono considerate "i mattoni" che formano la struttura del corpo umano.

- Fondamentali per la sintesi di ormoni ed enzimi e per la formazione dei muscoli.
- Presenti in alcuni cibi: carne, pesce, legumi, uova, latticini e cereali



Quante calorie consumiamo?

Ogni individuo ha una perdita giornaliera di energia (calorie consumate) dovuta alle funzioni vitali quali la respirazione, il battito cardiaco etc.

Ogni attività svolta nel corso della giornata corrisponde ad un consumo di calorie aggiuntivo.

Kcal consumate per 30 min di attività

Leggere	10
Guidare l'automobile	25
Dormire	30
Guardare la TV	30
Lavare i piatti	35
Scrivere al computer	40
Lavorare seduti	45
Stare in piedi	50
Stirare	60
Spolverare	75
Riordinare l'ufficio	80
Camminare per fare shopping	85
Pedalarne lentamente	90
Spostare i mobili	90
Ballare (ritmi veloci)	100
Pulire i pavimenti	110
Lavare la macchina a mano	120
Camminare in piano	140
Rifare i letti	140
Fare ginnastica	150
Camminare in discesa	150
Lavorare in giardino	200
Giocare a tennis	240
Salire le scale	250
Pedalarne velocemente	260
Giocare a calcio	300
Nuotare	300
Correre	380
Lavare le scale	400
Camminare in salita	450



ATTIVITA' FISICA

PRATICARE ATTIVITÀ FISICA CON REGOLARITÀ PER:

- mantenere il corpo "in forma"
- ridurre l'appetito e il desiderio di cibi grassi
- potenziare il metabolismo
- essere "più sani"
- ottenere uno stato di benessere psicologico riducendo stress, ansia
- aumentare l'autostima e l'autocontrollo.

I cambiamenti fisici e psicologici determinati dall'attività fisica sono essenziali per il controllo del peso.

E' importante ricordare che:

l'attività fisica deve essere una "**abitudine quotidiana**": fare esercizio almeno 30 minuti al giorno. L'attività fisica deve essere adeguata alle proprie necessità e soprattutto possibilità. Sforzi fisici esagerati non danno alcun beneficio.



FATTORI PSICOLOGICI

IL RUOLO DELLA MENTE

La fame è regolata da meccanismi fisiologici che ne bloccano lo stimolo una volta che l'organismo si è nutrito a sufficienza. In alcuni casi, tali processi vengono alterati da comportamenti alimentari irregolari che inevitabilmente sfociano nell'obesità.

Associati all'obesità, ci possono essere sintomi psicopatologici quali:

- . **ANSIA**
- . **DEPRESSIONE**
- . **SCARSA AUTOSTIMA**
- . **INSODDISFAZIONE CORPOREA**
- . **RELAZIONI INTERPERSONALI PROBLEMATICHE**
- . **DIFFICOLTA' NEL GESTIRE LE EMOZIONI**



L'obesità è causa di molte malattie:

MALATTIE CARDIOVASCOLARI

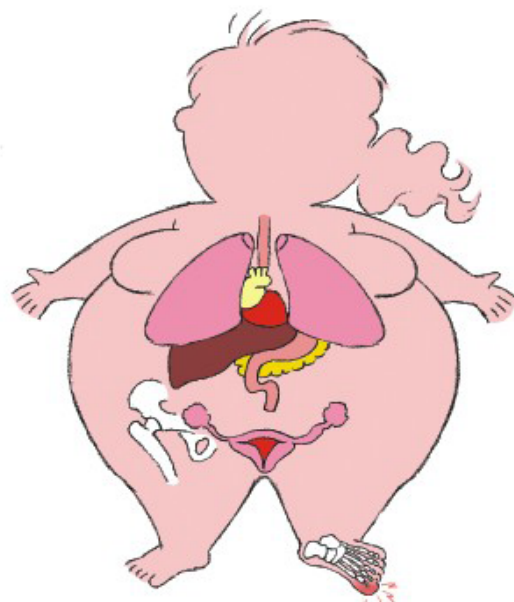
- Cardiopatie ischemiche
- Insufficienza cardiaca
- Insufficienza venosa (flebite, varici)
- Ipertensione arteriosa
- Ictus cerebrale

MALATTIE METABOLICHE

- Diabete
- Dislipidemie (colesterolo, trigliceridi)

MALATTIE ENDOCRINE

- Infertilità nella donna
- Disturbi del ciclo mestruale



CANCRO

MALATTIE RESPIRATORIE

- Affanno al minimo sforzo (dispnea)
- Sindrome da apnea del sonno

MALATTIE EPATO-GASTRO-ENTERICHE

- Calcoli biliari
- Steatosi epatica

MALATTIE OSTEOARTICOLARI

- Artrosi
- Iperuricemia
- Crisi di gotta

- *Malattie cardiovascolari*

Tra le malattie cardiovascolari le più frequenti sono: morte improvvisa (2,8%), Ictus 2%, Insufficienza cardiaca 1,9%, coronaropatia (1,5%).

- *Malattie metaboliche*

Circa l'80-90% dei pazienti diabetici con diabete di tipo 2 è obeso. Il paziente diabetico obeso sviluppa una resistenza all'insulina e di conseguenza un elevato tasso di zuccheri nel sangue che può causare lesioni d'organo gravi.



- *Malattie endocrine*

Le donne obese soffrono spesso di **disfunzioni del ciclo mestruale**, irregolarità o interruzione completa del ciclo. La fertilità di una persona obesa può ridursi causando difficoltà nell'avere figli.



- **Cancro**

L'obesità è un fattore di rischio per alcune forme di cancro. Negli uomini aumenta il rischio di cancro al **colon retto** e alla **prostata**.

Nelle donne aumenta il rischio di cancro alla **colecisti**, all'**utero**, alle **ovaie** e al **seno**.



- **Malattie respiratorie**

I polmoni di una persona obesa devono sempre lavorare “**sotto sforzo**”.

Il primo sintomo è la difficoltà a respirare anche per lievi sforzi (salire pochi gradini).

Durante il sonno, quando il tono dei muscoli respiratori è naturalmente ridotto, risulta più evidente il peggioramento della “qualità” respiratoria.

Possono verificarsi apnee che, a lungo termine, possono provocare anche problemi cardiocircolatori.



- **Malattie osteoarticolari**

L'elevato peso corporeo viene sostenuto dalle articolazioni, in modo particolare dal **ginocchio** e dall'**anca** sottoposte così ad un'usura precoce con conseguente infiammazione, dolore fisico e limitazione ai movimenti.

Anche la **schiena** è sovraccaricata e più facilmente si possono avere conseguenze quali l'ernia al disco.

Tutto ciò costringe la persona obesa a muoversi sempre meno e con più sofferenza.



Conseguenze psicosociali

Frequentemente, chi è obeso è socialmente discriminato, pertanto può sentirsi **a disagio in mezzo agli altri**. Tale disagio si manifesta nell'affrontare la quotidianità e i suoi aspetti più concreti: **difficoltà di movimento**, **spazi inadeguati** (sui mezzi pubblici, al cinema, poltrone, sedie...), **difficoltà nella ricerca di abbigliamento** “alla moda” e non ultimo, **difficoltà nel trovare lavoro**.

Il disagio è presente anche a livello interpersonale: **sfera sessuale** (limitata o del tutto inesistente), **sfera affettiva** (vita di coppia, amicizia, famiglia), **gestione dello stress** (imparare a mangiare “solo quando si ha fame”).



QUINDI: L'OBESITA' E' UNA MALATTIA CRONICA E COME TALE VA AFFRONTATA

2. QUANDO MI POSSO DEFINIRE OBESO?

IL GRADO DI OBESITA' è definito dall'**INDICE DI MASSA CORPOREO**: è il risultato del rapporto tra il peso espresso in Kg e l'altezza espressa in metri al quadrato.



Indice di massa corporea (B.M.I.)



Questo ci permette di classificare l'obesità in gradi

CLASSIFICAZIONE	B.M.I. (Kg/M2)	RISCHIO DI COMORBIDITA'
Normopeso	18.5 – 24.9	Nella media
Sovrappeso	25 – 29.9	Aumentato
Obesità di classe I	30 – 34.9	Moderato
Obesità di classe II	35 – 39.9	Elevato
Obesità di classe III	>40	Molto elevato

Il rischio di sviluppare una malattia dipende anche da un altro fattore: la CIRCONFERENZA VITA: un indicatore del tessuto adiposo viscerale.

La misurazione della circonferenza vita eseguita con un metro a nastro all'altezza dell'ombelico, consente una valutazione del rischio di complicanze metaboliche.

Perché è importante la misura della circonferenza vita?

Chi mette chili intorno alla vita, ha un maggior rischio per la salute rispetto a chi mette chili su natiche e cosce perché si tratta di grasso attivo che entra facilmente in circolo.

Una vita più stretta allunga la vita!

COSA POSSO FARE ALLORA?

Se ho un **B.M.I. 35 kg/m²**:

i primi passi consistono nel **mangiare meno e in modo più intelligente** aumentando il **movimento e l'attività sportiva**.

Dieta, esercizio fisico e magari psicoterapia danno spesso risultati soddisfacenti.



Se il mio B.M.I. è minore di 35: il trattamento potrà essere dietetico – comportamentale.

Se il tuo I.M.C. è maggiore di 35:

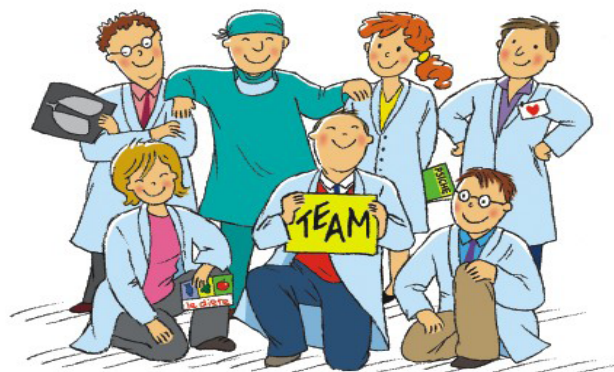
rivolgiti ad un team multidisciplinare esperto nella cura dell'Obesità e delle Malattie Metaboliche.



Cos'è un team multidisciplinare?

Il TEAM MULTIDISCIPLINARE è composto da medici specialistici che si occuperanno di:

- valutare il vostro stato di salute, l'eventuale presenza e il grado delle malattie associate all'obesità, le vostre abitudini alimentari e lo stile di vita
- valutare l'indicazione ad un eventuale intervento chirurgico e la motivazione che vi spinge a farlo
- valutare la vostra disponibilità ad affrontare un nuovo stile di vita
- monitorare il vostro stato di salute, la perdita di peso e la dieta, dopo l'eventuale intervento chirurgico, tramite visite periodiche.



Gli specialisti che ti seguiranno: CHIRURGO, DIETOLOGO, PSICOLOGO, ENDOCRINOLOGO, PNEUMOLOGO, CARDIOLOGO, PSICOLOGO, ANESTESISTA, GASTROENTEROLOGO, RADIOLOGO.

3. L'INTERVENTO PER OBESITA': QUANDO, COME E PERCHE'

La Chirurgia Bariatrica o dell'obesità grave si inserisce nel trattamento dell'eccesso di peso e delle conseguenze che questo può portare.

Numerosi studi a lungo termine hanno documentato che la chirurgia bariatrica offre una notevole riduzione del rischio di mortalità e del rischio di sviluppare nuove patologie associate al sovrappeso e all'obesità. Questo tipo di chirurgia è l'unico che permette una significativa perdita di peso a lungo termine in caso di obesità patologica.

Tuttavia, da sola, non garantisce un'automatica e sicura guarigione ma rappresenta ad oggi un efficace strumento di supporto alla necessità e alla determinazione della persona obesa di perdere l'eccesso di peso e di riuscire a mantenere questa perdita nel tempo, obiettivo quest'ultimo molto difficile da raggiungere con il solo approccio psico-comportamentale.

Da più di vent'anni esistono delle linee guida internazionali che mettono d'accordo le società scientifiche americane, europee ed italiane, che forniscono le corrette indicazioni per la scelta dell'intervento.

I pazienti candidabili devono aver già tentato terapie dietetiche e comportamentali per la riduzione dell'eccesso di peso che però si siano rivelate inefficaci.

I pazienti devono essere valutati nella loro capacità di comprendere il trattamento scelto e il percorso che dovranno intraprendere e la loro capacità di partecipare attivamente all'iter postoperatorio. L'intervento chirurgico non è che l'inizio di un cammino che il soggetto obeso dovrà percorrere accompagnato dall'équipe bariatrica, **per tutta la vita**.

Ma la chirurgia bariatrica è pericolosa? Questo trattamento non è nulla di miracoloso e come tutti gli interventi chirurgici non è privo di complicanze a breve e lungo termine. È pertanto consigliabile eseguire e farsi seguire in un centro specializzato di provata esperienza che possa rispondere a tutte le necessità e i bisogni dei pazienti e pronto a risolvere le problematiche che potrebbero presentarsi durante il percorso.

Quando è indicato l'intervento chirurgico?

Secondo le linee guida accettate a livello internazionale l'intervento chirurgico è indicato per persone:

- di età compresa tra i 18 e i 65 anni circa (in alcuni casi è possibile valutare la possibilità di trattamento per pazienti con età compresa tra i 65 e i 70 anni)
- con **B.M.I. superiore a 35 kg/m²**, in presenza di patologie associate, come ad esempio: diabete,

ipertensione, problemi osteoarticolari, disturbi cardiaci o difficoltà respiratorie (dispnea) con ripetute interruzioni della respirazione durante il sonno (apnea notturna)

- con **B.M.I. superiore a 40 kg/m²**
- con **obesità stabile** da oltre 5 anni
- che hanno seguito **ripetute diete** senza riuscire a mantenere la perdita di peso nel tempo
- che non soffrono di **malattie endocrine**, eventualmente responsabili dell'eccesso di peso
- che non hanno dipendenza da **alcool e droghe**
- **motivate e ben informate**: con disponibilità a modificare radicalmente le abitudini alimentari e a sottoporsi anche dopo l'intervento chirurgico a regolari controlli da parte degli specialisti
- senza controindicazioni di carattere **psicologico** dopo una valutazione specialistica
- con **rischio** operatorio **accettabile**.

QUALI SONO GLI INTERVENTI PER LA CURA DELL'OBESITA'?

Restrittivi e malassorbitivi

Gli Interventi restrittivi sono quelli che provocano una riduzione del **volume dello stomaco**.

Durante i pasti viene raggiunto quindi un precoce senso di sazietà, **la quantità di cibo ingerita** e quindi l'apporto calorico sono inevitabilmente ridotti. E' fondamentale però che il paziente segua le precise indicazioni degli specialisti e i controlli dovranno essere frequenti. Sono interventi che richiedono molta collaborazione da parte del paziente.

Gli **Interventi malassorbitivi** modificano invece **il naturale percorso del cibo** riducendo il tratto intestinale destinato all'assorbimento delle sostanze nutritive e cioè il tratto intestinale in cui il cibo è a contatto con gli enzimi digestivi.

Questi interventi sono indicati per **forme di obesità grave** o **qualora il paziente non sia in grado di collaborare** da un punto di vista dietetico.

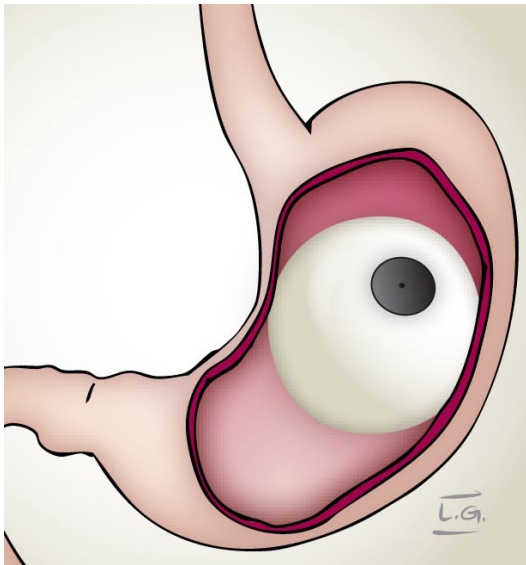
Sono indicati generalmente nei grandi obesi che non sono disposti a modificare la quantità di cibo mangiata quotidianamente, oppure che presentano gravi co-morbosità come DIABETE MELLITO, IPERTENSIONE ARTERIOSA. Può essere eseguito come primo intervento o successivamente ad un intervento restrittivo che abbia ottenuto risultati parziali o insoddisfacenti.

Interventi restrittivi

Posizionamento di pallone intragastrico

Il Pallone Intragastrico viene posizionato in corso di EGDS (EsofagoGastroDuodenoScopia). Provoca una sensazione di ripienezza gastrica precoce diminuendo l'appetito e limitando il volume dello stomaco in grado di accogliere il cibo.

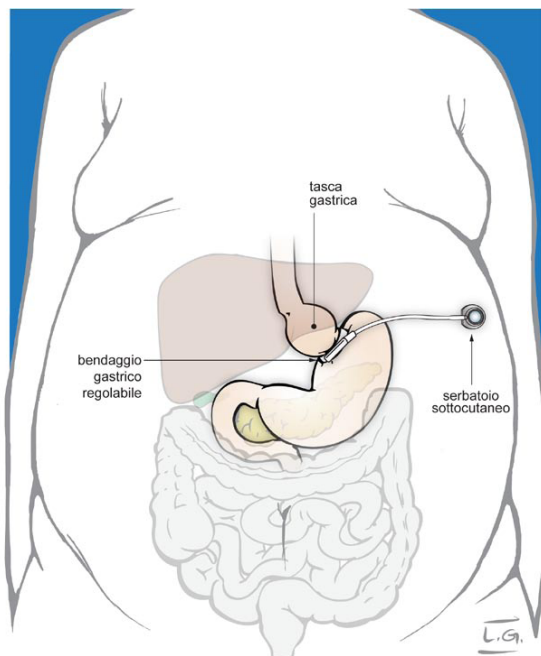
Il Pallone intragastrico può essere mantenuto per un massimo di 6 mesi ed è particolarmente indicato nei pazienti che presentano alti rischi operatori per un efficace calo ponderale in previsione di intervento chirurgico oppure come test in pazienti con dubbia capacità di seguire una dieta restrittiva.



Bendaggio gastrico regolabile

Il bendaggio gastrico è un anello di silicone che viene posizionato intorno alla parte superiore dello stomaco dividendolo in due parti: una piccola (tasca superiore) e una più grande (inferiore). Il ridotto volume della tasca impedisce di introdurre una grande quantità di cibo. Il bendaggio può essere regolato nel tempo in modo da stringere o allargare il passaggio attraverso lo stomaco.

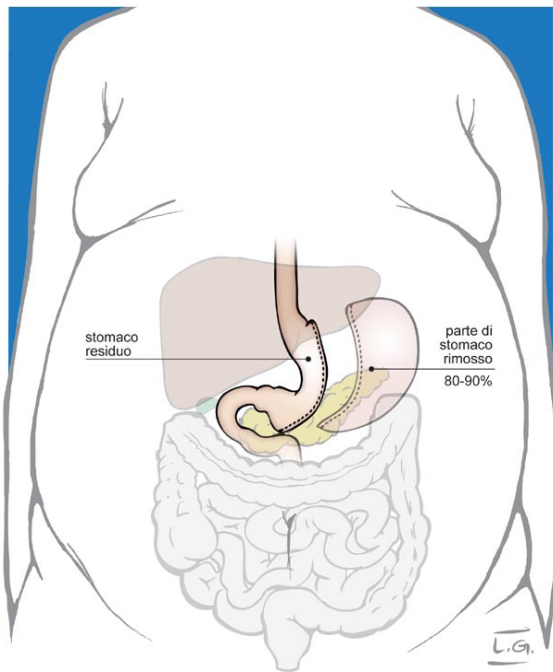
Questo intervento agisce solo sulla quantità di cibo da introdurre non sul suo assorbimento.



Sleeve Gastrectomy (Gastrectomia a Manica)

In questo intervento viene creata una riduzione del volume dello stomaco asportandone una parte (fondo e parte del corpo). L'asportazione del fondo dello stomaco ha importanti effetti sul miglioramento del diabete e dell'ipertensione arteriosa oltre che sulla concentrazione di colesterolo e trigliceridi nel sangue. Sembra inoltre che influisca fortemente sulla sensazione di appetito.

Anche in questo intervento l'assorbimento degli alimenti è inalterato.

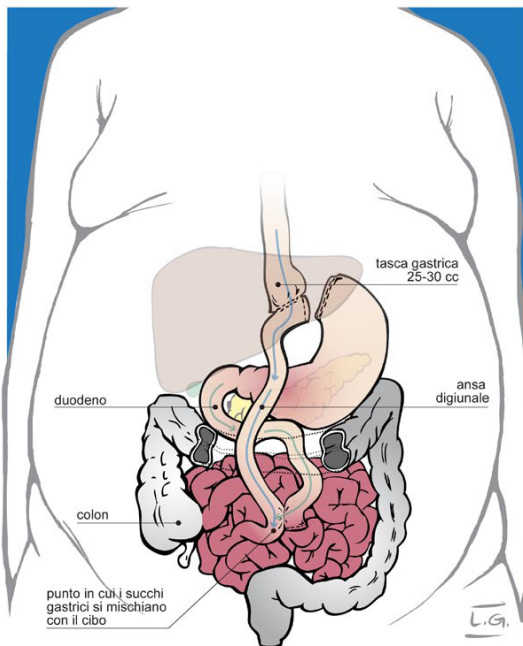


By pass gastrico

Questo intervento prevede due steps:

1. Si esegue una sezione dello stomaco nella sua parte superiore creando una tasca gastrica di circa 25-30 ml di volume;
2. Si crea un collegamento diretto tra l'intestino e lo stomaco, bypass, escludendo in tal modo una parte dell'intestino stesso dal passaggio del cibo.

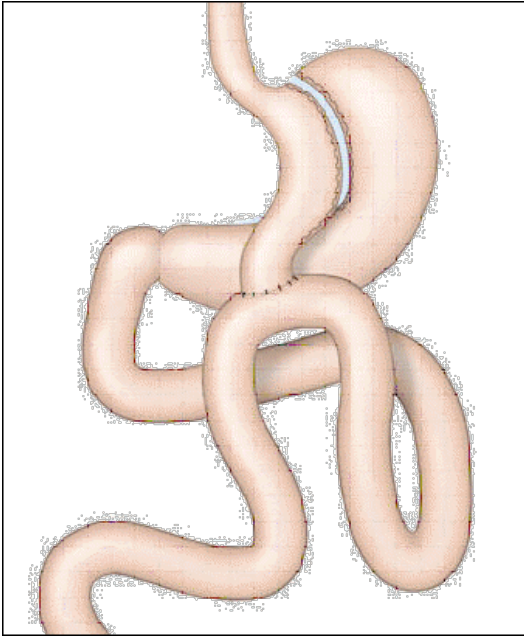
In questo modo il cibo arriva direttamente nell'intestino provocando una riduzione del senso dell'appetito oltre che l'impossibilità ad introdurre grandi quantità di alimenti per la presenza della piccola tasca gastrica.



Interventi malassorbitivi

Mini Bypass Gastrico

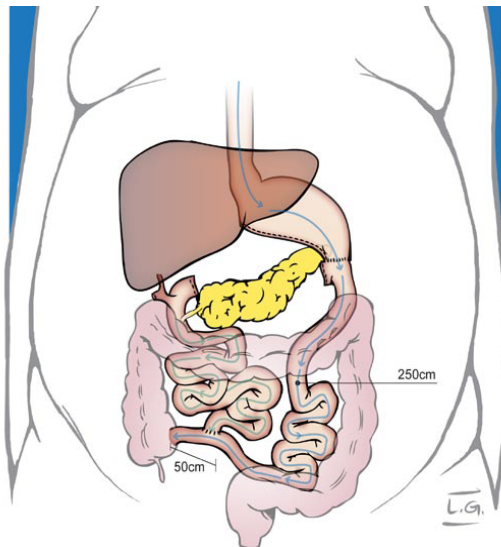
L'intervento viene eseguito analogamente al Bypass Gastrico con una importante variante. La tasca gastrica viene collegata ad un'ansa intestinale ad una distanza di circa 200 cm dal punto di inizio dell'intestino. In questo modo si associa la restrizione all'introduzione del cibo al suo malassorbimento per l'esclusione di un lungo tratto intestinale che non verrà in contatto con gli alimenti non assorbendoli. La riduzione dell'assorbimento è sovrapponibile alla Diversione Biliopancreatica.



Diversione Bilio-pancreatica

L'intervento prevede la rimozione di una parte dello stomaco, circa $\frac{3}{4}$, e una deviazione del normale percorso alimentare nell'intestino.

Come nel Bypass gastrico, anche in questo intervento si associa la riduzione dell'assunzione di cibo per la riduzione del volume gastrico al malassorbimento delle sostanze nutritive, in questo caso soprattutto amidi e grassi. La Diversione Biliopancreatica differisce dal Bypass Gastrico poiché lo stomaco sezionato viene asportato.



Chirurgia laparoscopica o chirurgia tradizionale?

Chirurgia tradizionale

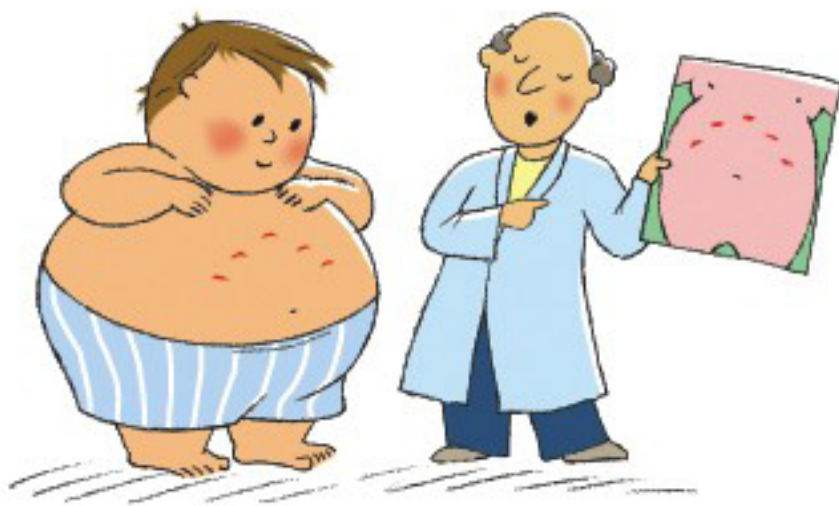
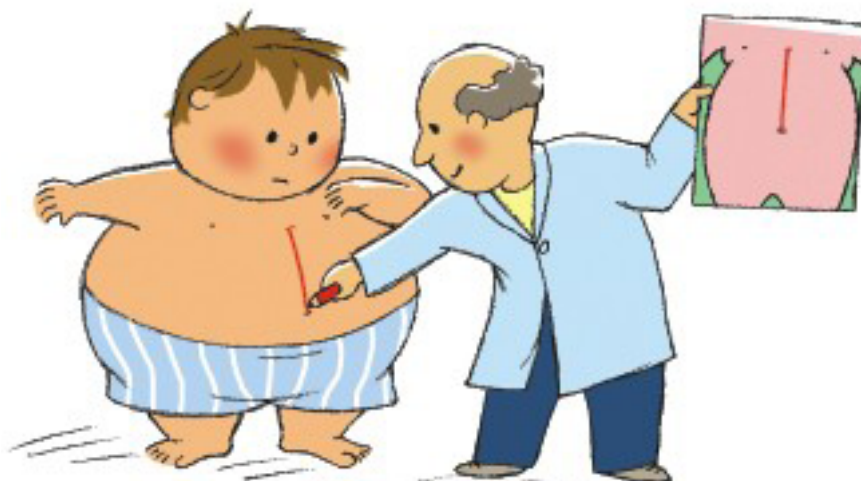
Prevede un'ampia incisione dell'addome per permettere al chirurgo di accedere agli organi interni.

Chirurgia Laparoscopica

L'intervento prevede piccole incisioni attraverso le quali vengono inseriti una telecamera e sottili strumenti che permettono al chirurgo di operare guardando su un monitor.

Vantaggi:

- dimissione precoce dall'ospedale
- ridotto dolore post-operatorio
- più veloce ripresa dell'attività lavorativa
- minor rischio d'infezione della ferita
- ridotto rischio di ernia (laparocele), rispetto all'incisione tradizionale
- miglior risultato estetico



Non tutti i pazienti sono però candidabili alla laparoscopia. Esistono delle controindicazioni che verranno valutate dagli specialisti del team multidisciplinare.

E' fondamentale sapere che...

- La chirurgia dell'obesità non è una chirurgia estetica, ma ha come scopo principale quello di prevenire e ridurre i problemi di salute correlati all'obesità.
 - La chirurgia dell'obesità è indicata solo dopo che la terapia medica e dietetica non abbiano dato risultati stabili nel tempo.
 - Non esiste un intervento ideale; tutti hanno aspetti positivi e negativi.
 - Qualsiasi intervento chirurgico richiede che il paziente segua un attento follow-up (visite di controllo).
- Lo specialista di riferimento dopo l'intervento indicherà al paziente una serie di visite di controllo che DEVONO essere fatte.
- Il paziente DEVE presentarsi ai controlli come indicato, seguire i consigli dietetici, comportamentali, farmacologici.
- Qualsiasi intervento non può funzionare a prescindere dalla collaborazione del paziente.
 - Il paziente è sempre e comunque il primo attore del suo successo.

Ricorda!

L'intervento è L'INIZIO DI UN PERCORSO CHE DURA PER TUTTA LA VITA, non è una bacchetta magica che risolve il problema.

APPENDICE 1

Esami preoperatori:

Tutti i paziente che desiderano essere sottoposti ad intervento di chirurgia dell'obesità devono eseguire un iter preoperatorio costituito da diverse fasi:

1. **visita chirurgica preoperatoria**
il chirurgo dopo attento e approfondito colloquio valuta l'indicazione all'intervento di chirurgia bariatrica spiegando al paziente le possibili opzioni e prescrivendo gli accertamenti necessari all'arruolamento all'intervento stesso
2. **visita dietetica**
il dietista esegue una visita con valutazione del peso del paziente. Raccoglierà una anamnesi dietetica accurata per comprendere le abitudini alimentari e successivamente, inizia un percorso di rieducazione alimentare che porterà il paziente all'intervento nelle migliori condizioni possibili
3. **visita psicologica e test psicologici**
il paziente DEVE eseguire una valutazione psicologica sottoponendosi a diversi test che gli permetteranno di ottenere una certificazione di idoneità all'intervento. Lo specialista psicologo darà anche indicazioni sulla eventuale necessità di intraprendere un percorso pre e/o post-operatorio di supporto.
4. **Esami strumentali**
Per tutti gli interventi chirurgici è necessario sottoporsi ai seguenti accertamenti:
 - a. EGDS (Esofagogastroduodenoscopia)
 - b. Ecografia addome completo
 - c. Rx tubo digerente
 - d. Esami ematici ormonali (TSH, Cortisolo Urinario nelle 24 ore, PTH, Colesterolo totale e HDL, Trigliceridi, Hb1Ac)
5. **visita chirurgica di controllo**
Il chirurgo prende visione degli accertamenti eseguiti e in caso di idoneità arruola il paziente all'intervento con compilazione di un apposito modulo per il percorso di preparazione all'intervento (Esami Ematici, ECG, RX torace e Visita Anestesiologica eventualmente EGA, Spirometria, Test per emogruppo).

APPENDICE 2

Visite di controllo:

I controlli vengono eseguiti a circa 15/20 giorni dall'intervento per la rimozione dei punti e per un

breve colloquio, per tutti gli interventi. I successivi controlli dipenderanno dal tipo di intervento:

PALLONE INTRAGASTRICO

1 controllo a 1 mese, rimozione a 6 mesi

BENDAGGIO GASTRICO

Primo controllo a 1 mese, successivi controlli concordati con lo specialista sino al raggiungimento dell'obiettivo. Normalmente ogni 20/30 giorni nei primi sei mesi, quindi ogni 3/6 mesi

Il controllo consiste in una visita eseguita da Chirurgo Bariatrico, Dietista, Psicologo. Ogni 2 anni è opportuno eseguire un Rx Tubo Digerente con mdc idrosolubile.

SLEEVE GASTRECTOMY

Controllo a 1 mese (visita clinica), controllo a 3 mesi (visita clinica con esecuzione di Rx Tubo Digerente con mdc idrosolubile) ed esami ematici (vedi NOTA A), controllo a 6 mesi, a 12 mesi, a 24 mesi e a 36 mesi con esami ematici (vedi NOTA A).

BY PASS GASTRICO, MINI BYPASS GASTRICO e DIVERSIONE BILIOPANCREATICA

Controllo a 1 mese (visita clinica), controllo a 3 mesi, a 6 mesi, a 12 mesi, a 24 mesi e a 36 mesi con esami ematici (vedi NOTA A).

NOTA A: Emocromo, Na⁺, K⁺, Cl⁻, Ca⁺⁺, PTH, Urea, Creatinina, Glicemia, AST, ALT, Colesterolo tot/HDL, Trigliceridi – per pazienti affetti da Diabete Mellito o Intolleranza glucidica Hb1Ac.