

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI RILIEVO NAZIONALE ED ALTA SPECIALIZZAZIONE
MAGGIORE DELLA CARITA' NOVARA



S.C. SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E DIETETICA

DIRETTORE DOTT. SERGIO RISO

S.C.D.U. CHIRURGIA 1°

DIRETTORE PROF. SERGIO GENTILI

TEAM MULTIDISCIPLINARE

LIBRETTO INFORMATIVO
CHIRURGIA DELL'OBESITA'

Questo documento è stato elaborato al fine di fornire informazioni ed indicazioni utili all'assistito ed ai suoi familiari.

Redazione a cura di:

CPS CLAUDIA RIGO - CASE MANAGER- SC DIPSA

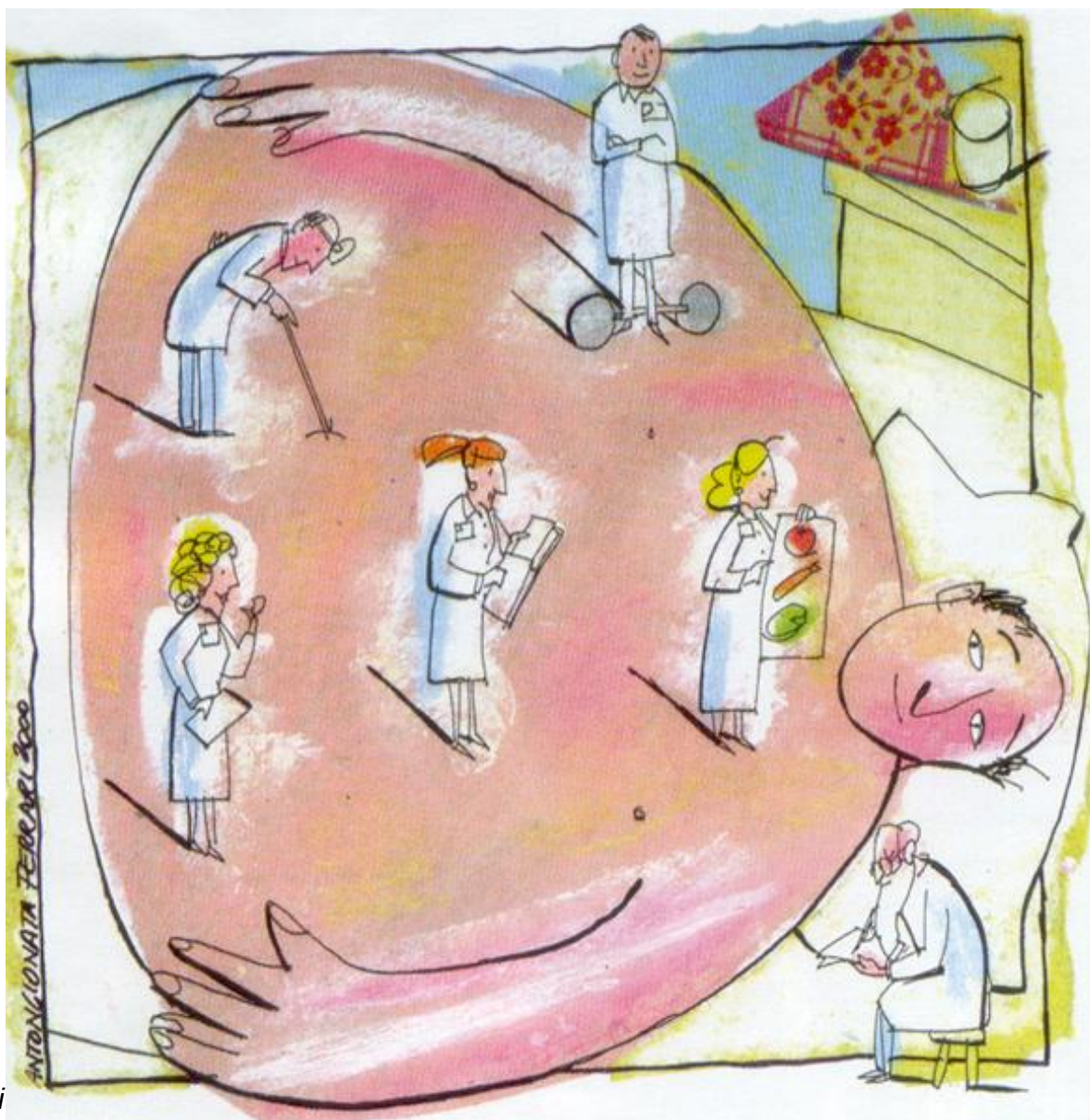
DOTT. SSA EDDA CAVA - SC SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E DIETETICA

CPS SILVIA PASSERA - SC SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E DIETETICA

DOTT. SSA GIORDANA D'ALOISIO- SCU CHIURUGIA 1

DOTT.SSA ELENA ALBERTAZZI - SSD PSICOLOGIA CLINICA

DOTT. SSA FEDERICA PRITONI -SSD PSICOLOGIA CLINICA



Gentile

Signora, Gentile Signore,

questo libretto informativo è stato preparato dal Team Multidisciplinare dedicato alla cura dell'obesità. Nel libretto viene descritto il percorso da intraprendere che prevede la perdita di peso ma anche le modalità per curare le patologie correlate all'obesità mantenendo i risultati nel tempo e il più a lungo possibile. Sono inoltre evidenziate le indicazioni rispetto alla sua patologia, terapie, trattamenti che potrà intraprendere, relativi rischi e benefici, le modifiche richieste al suo stile di vita.

La sua presa in cura avverrà con un colloquio iniziale con il Team dedicato all'obesità della A.O.U. Maggiore della Carità: questo rappresenta un momento importante per rispondere alle sue domande, ai suoi dubbi o perplessità ed è la prima tappa nel processo di decisione del percorso più adeguato al suo caso ma anche per instaurare un rapporto di fiducia che La possa portare a raggiungere il suo risultato sperato.

Siamo a Sua disposizione!

La preghiamo di leggere attentamente queste pagine, annotandosi dubbi o perplessità di cui potrà discutere direttamente con il Team Multidisciplinare di Chirurgia Bariatrica.

Legga questo libretto insieme ai suoi familiari o persone di riferimento, in modo da condividere, discutere e coinvolgerli nel suo percorso: il loro supporto sarà estremamente utile.

Solo con la Sua più completa informazione e collaborazione potremo raggiungere i migliori risultati.

Buona lettura!

Il Team Multidisciplinare di Chirurgia Bariatrica e riferimenti:

- **SC Scienza dell'alimentazione e dietetica** Direttore Dott.re Sergio Riso
Dietologo : Dott.ssa Daria Bonfanti, Dott.ssa Sandra Portale
Dietista : CPS Silvia Passera, CPS Lucia Tina Antonelli
- **Case Manager Direzione SC DIPSA** CPS Claudia Rigo
- **SSD Psicologia Clinica** Dott.ssa Federica Pritoni, Dott.ssa Elena Albertazzi
- **SCDU Chirurgia 1-** Direttore Prof. Sergio Gentilli
Equipe Chirurgica : Dott.ssa Giordana D'Aloisio, Dott.re Federico Butera
- **SCDU Endocrinologia** Direttore Prof. Gianluca Aimaretti
Equipe Medica : Dott.ssa Maria Teresa Samà, Prof. Paolo Marzullo
- **SCDU Gastroenterologia-** Direttore Dott.re Nico Pagano

Scienza dell'alimentazione e dietetica: Padiglione E Telefono:0321/3733275

e-mail: dietetica.segre@maggioreosp.novara.it

Case Manager Claudia Rigo

Telefono:0321/ 3733704

e-mail: claudia.rigo@maggioreosp.novara.it

L'OBESITA' E' UNA MALATTIA CRONICA

In questi ultimi decenni si è assistito ad un costante incremento dell'obesità a livello mondiale.

Nel nostro paese, circa la metà degli adulti è in sovrappeso (BMI tra 25 e 30) e più del 10% della popolazione è affetto da obesità (BMI superiore a 30), infine una percentuale di persone che presenta un aumento di peso molto importante (BMI superiore a 40), per i quali frequentemente vi sono problemi correlati e/o causati dall'aumento di peso: ipertensione, diabete, patologie osteoarticolari, disturbi respiratori. A queste patologie spesso si aggiunge una qualità di vita compromessa in diversi aspetti, dall'attività lavorativa al rapporto con sé stessi e con gli altri, all'attività fisica, all'autostima.

Si tratta di una condizione pericolosa per la salute, che va affrontata con soluzioni efficaci e durature. L'obesità, infatti, riduce l'aspettativa di vita di almeno 10 anni rispetto a quella di un coetaneo con peso normale. Quando si devono perdere molti chili a volte la dieta, l'esercizio fisico, la psicoterapia e i farmaci non sono sufficienti e si deve ricorrere alla chirurgia bariatrica, ritenuta l'unica soluzione efficace per ridurre in modo sostanziale il grave eccesso di peso.

Che cos'è l'obesità?

L'OMS, Organizzazione Mondiale della Sanità, definisce l'obesità come una condizione caratterizzata da un eccessivo peso corporeo dovuto all'accumulo di tessuto adiposo (grasso) in misura tale da influire negativamente sullo stato di salute.

L'Indice di Massa Corporea o BMI dei pazienti è valutato in base alla tabella sottostante che definisce il peso corporeo ottimale e quindi la percentuale di sovrappeso. Il BMI **indica se siamo sottopeso, normopeso, sovrappeso o obesi**. La formula per calcolare il suo BMI (vedi tabella sottostante) è semplice: **il suo peso in chilogrammi diviso per la sua altezza in metri al quadrato**.

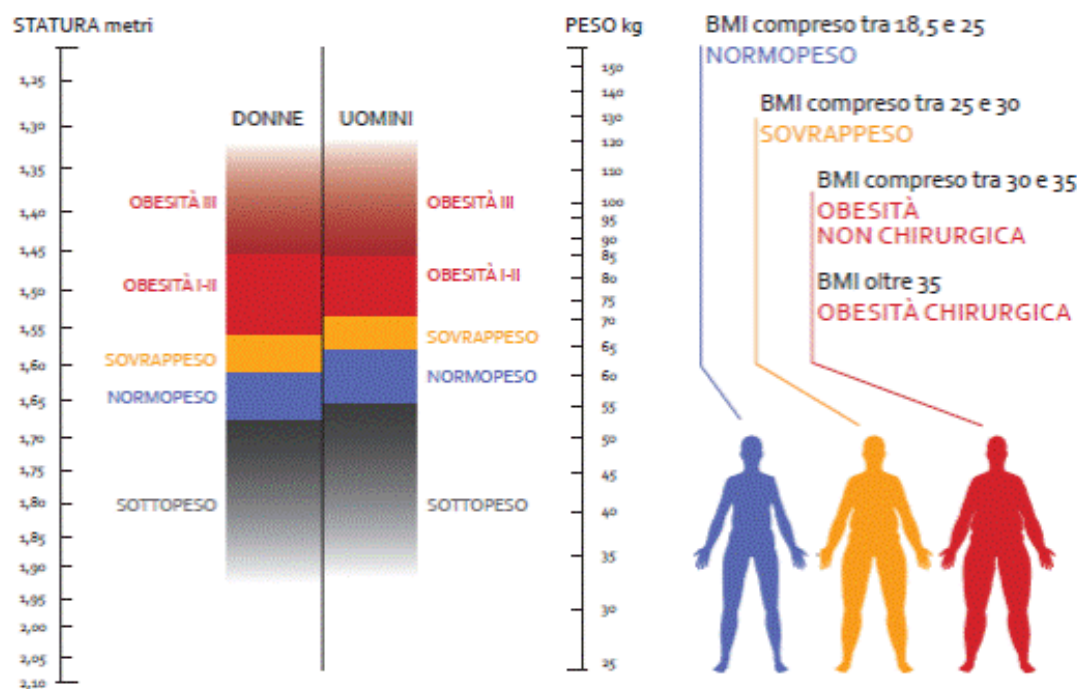
Esempio: BMI= 85 kg / (1.80 x1.80) m = 26.23) il numero ottenuto è l'indice di massa corporea IMC.

Sottopeso	BMI inferiore a 18,5 kg/m ²
Normopeso	BMI compreso tra 18,5 e 24,9 kg/m ²
Sovrappeso	BMI compreso tra 25-29,9 Kg/m ²
Obesità grado I	BMI compreso tra 30-34,9 Kg/m ²
Obesità grado II	BMI compreso tra 35-39,9 Kg/m ²
Obesità grado III	BMI uguale o superiore superiore a 40 Kg/m ²

Nella tabella a seguire unisci la misura della tua altezza ed il tuo peso e verifica a quale zona di colore corrisponde il tuo BMI o indice di massa corporea.

Ecco un esempio:

Peso (in kg)	Altezza al quadrato (in metri)	Il BMI
85	1,80 ²	26,23



**tratto dall'opuscolo informativo-linee guida di chirurgia dell'obesità- disponibile sul sito SICOB*

SICOB= Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e malattie metaboliche

BMI = Body Mass Index – Indice di Massa Corporea

Quali sono le cause?

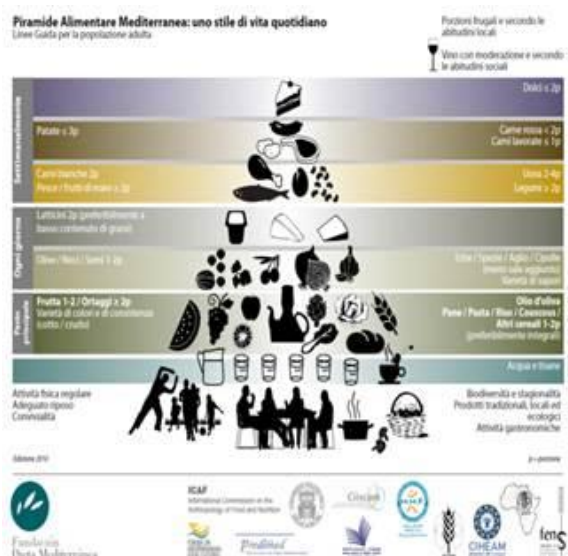
L'obesità insorge quando, per lungo tempo, la quantità di calorie introdotte con l'alimentazione supera il consumo di energia. L'eccesso è trasformato ed immagazzinato sotto forma di grasso. A determinare una condizione di obesità possono contribuire in piccola parte anche fattori genetici, endocrini e metabolici. La causa principale è comunque un'eccessiva introduzione di cibo per scorrette abitudini alimentari e/o per un disturbo del comportamento alimentare su base psicologica.

I rischi per la salute: perché dimagrire?

L'obesità è considerata un importante fattore di rischio per l'insorgenza di gravi patologie. Un paziente affetto da obesità ha un'aspettativa di vita ridotta e un rischio aumentato di incorrere in una serie di gravi malattie come diabete mellito di tipo 2*, ipertensione arteriosa, infarto del miocardio, insufficienza respiratoria, ipercolesterolemia, vasculopatie, malattie articolari, ictus, problemi epatici ed insufficienza renale, problemi della sessualità e limitazioni gravissime nei movimenti. Inoltre, come dimostrato da numerosi studi scientifici, limitare l'eccesso di massa grassa riduce il rischio di sviluppare alcuni tipi di tumore, ad esempio al pancreas, al colon e al seno.

Tenere sotto controllo il peso significa, dunque, prevenire molte malattie. Questo è possibile non attraverso dimagrimenti occasionali, ma con interventi il più possibile risolutivi e costanza nel mantenere i risultati ottenuti.

E' molto importante sapere che la chirurgia dell'obesità non ha scopi estetici e il suo principale scopo è quello di prevenire e/o correggere i problemi medici connessi all'obesità; benché una riduzione importante e costante del peso sia lo scopo della chirurgia dell'obesità, riduzioni di peso anche modeste possono provocare riduzione o scomparsa delle malattie associate all'obesità stessa.



Alimentazione ed attività fisica

Una sana alimentazione è la prima regola per la prevenzione dell'obesità. Una dieta bilanciata deve soddisfare il fabbisogno giornaliero di determinati nutrienti e microelementi necessari per la salute. L'attività fisica è uno strumento che può sconfiggere malattie croniche legate a stili di vita sbagliati come diabete, cancro, patologie cardiovascolari ed obesità. Occorre introdurre un esercizio fisico di bassa intensità (aerobico) e di lunga durata (dai 30' ai 60' in base alle condizioni metaboliche del paziente). Tale attività fisica va eseguita più di 4 giorni alla settimana, meglio se tutti i giorni. Per rimettersi in forma all'inizio è

sufficiente camminare per 30 minuti al giorno, salire le scale a piedi, andare a scuola o a lavoro in bicicletta anziché in automobile. Per chi vuole fare sport, l'invito dei medici è quello di praticare attività aerobica in modo graduale e commisurato alla propria forma fisica.

PERCORSO MEDICO – CHIRURGICO – ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE BARIATRICO NELL'AOU MAGGIORE DELLA CARITA'- NOVARA

Di seguito descriviamo le modalità di accesso ai servizi e le figure che incontrerà nel suo percorso di cura e che l'aiuteranno nel raggiungere gli obiettivi prefissati:

AMBULATORIO PER L'OBEESITÀ DELLA STRUTTURA COMPLESSA SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E DIETETICA

All'ambulatorio per l'Obesità si accede con la richiesta del Medico Curante, altro Specialista o per propria volontà ma l'impegnativa dematerializzata del proprio Medico Curante è sempre necessaria e deve riportare i seguenti codici:

897.27 Visita dietologica

99.93 Terapia Dietetica

La visita è prenotabile:

- tramite CUP per le obesità non patologiche (BMI < 35 con comorbidità associate o BMI < 40) numero verde CUP 800 000500
- direttamente presso la Segreteria della SC Dietologia se nel quesito diagnostico dell'impegnativa è già presente l'indirizzo al percorso di chirurgia bariatrica.

La Segreteria della Dietologia risponde al numero: 0321 373 3275 dal lunedì al venerdì, dalle ore 8.30 alle 12.30 e dalle 14 alle 15:30.

L'INFERMIERE CASE MANAGER

Il paziente obeso è una persona con molte comorbidità a suo carico che necessita pertanto di essere seguito durante tutto il suo percorso diagnostico/assistenziale.

L'Infermiere Case Manager è il punto di riferimento per il paziente e lo segue durante tutto il suo percorso: rappresenta il professionista che prende in carico ogni paziente bariatrico dopo la prima visita dietologica, seguendolo durante tutto il periodo degli accertamenti, e che l'accoglierà al momento del ricovero in reparto fino alla sua dimissione così come durante i controlli successivi (follow up).

L'Infermiere Case Manager facilita l'integrazione multidisciplinare e multidimensionale nel percorso del paziente bariatrico creando una forte sinergia tra tutti gli attori coinvolti. L'infermiere Case Manager rappresenta così anche il punto di riferimento del personale infermieristico e medico. La sua azione collaborativa è tesa ad offrire al paziente bariatrico il miglior trattamento possibile agendo anche sull'aspetto motivazionale ed educativo/terapeutico.



PRIMA VISITA DIETOLOGICA PER CHIRURGIA BARIATRICA

Il paziente candidato alla chirurgia bariatrica, in genere, ha una storia clinica di numerosi fallimenti dietetici o di scarso/mancato mantenimento a lungo termine del calo ponderale. Durante la prima visita dietologica vengono prese in considerazione eventuali comorbidità legate all'obesità quali cardiopatia ischemica, diabete, sindromi delle apnee notturne (OSAS), steatosi epatica, ipertensione, dislipidemia, malattia da reflusso gastroesofageo, artropatie da carico, stasi venosa, problemi psicologici legati alla qualità della vita.

I pazienti candidabili alla chirurgia bariatrica hanno età compresa tra i 18 ed i 65 anni, BMI superiore a 40 g/m², o 35 kg/m², in presenza di comorbidità che possono, presumibilmente, migliorare a seguito della notevole e persistente perdita di peso ottenuta con l'intervento chirurgico.

La prima visita dietologica verrà effettuata da un dietologo coadiuvato da un dietista. Il colloquio con il paziente è mirato allo screening per l'idoneità all'intervento chirurgico tramite la verifica dei criteri di inclusione e comprende:

- Anamnesi familiare, patologica prossima e remota (comorbidità), farmacoterapia, anamnesi alimentare e andamento ponderale, precedenti diete e/o farmacologiche ed eventuali fallimenti, indagine sull'atteggiamento e comportamento alimentare
- Esame obiettivo con la rilevazione di: peso, altezza, BMI, circonferenza vita, pressione arteriosa
- Test di screening per valutare l'eventuale presenza di disturbi del comportamento alimentare
- Test complementari sulla qualità della vita, demografica, scala per diagnosticare le apnee del sonno
- Inserimento del paziente nel GRUPPO di EDUCAZIONE ALIMENTARE della durata di circa 1 ora, al termine del quale viene consegnata e illustrata la dieta ad ogni nuovo paziente
- Presa in carico del Case Manager del nuovo candidato al percorso bariatrico al fine di monitorare il percorso diagnostico del paziente qualora si evidenzino difficoltà, risolverle, nel caso fosse necessario, sollecitando il paziente rispetto all'aderenza al percorso.
- Inserimento del nominativo del paziente nel GRUPPO PERCORSO CHIRURGIA BARIATRICA, incontro che si tiene una volta al mese con il coinvolgimento di tutti i professionisti del TEAM (dietologo, dietista, psicologo, chirurgo, case manager) della durata di circa 3 ore. Nell'incontro d'aula viene spiegato tutto il percorso che il paziente candidato alla chirurgia bariatrica dovrà seguire in tutte le sue fasi pre-intra-post intervento chirurgico e per il follow up.

I pazienti candidabili all'intervento chirurgico, dovranno eseguire ulteriori accertamenti diagnostici e valutazioni specialistiche ben specifiche:

- Esami ematici, richiesti in corso di prima visita od integrativi di eventuali esami precedenti
- Visita endocrinologica per escludere obesità secondaria e/o la presenza di controindicazioni all'intervento, per impostare eventuale terapia diabetica o insulinica.
- Valutazione psicologica clinica al fine di escludere situazioni cliniche che risultino ostative al percorso di chirurgia bariatrica.
- Esofagogastroduodenoscopia (EGDS) necessaria per verificare l'integrità gastrica ed escludere patologie a carico di esofago, stomaco e digiuno, valutare attraverso prelievo biotipico la presenza dell'*Helicobacter Pylori*
- Polisonnografia e/o visita pneumologica, in caso di pazienti con disturbi legati al sonno o Polmonari
Ph Metria Esofagea + Manometria Esofagea qualora si riscontrino esofagite da reflusso nella gastroscopia
- Eco Addome solo per i pazienti operati con tecnica chirurgica di By Pass gastrico
- Altre eventuali visite specialistiche, in base a quanto ritenuto necessario nel corso delle visite mediche

Durante tutto il periodo degli accertamenti diagnostici il candidato sarà seguito dal Case Manager che lo agevererà nelle prenotazioni di esami e visite, sarà contattato telefonicamente in base al calendario previsto per la propria gestione, per verificare eventuali necessità e per richiederle l'esito degli esami in corso. Durante le periodiche telefonate sarà possibile confrontarsi su qualsiasi problematica che può subentrare e dialogare del proprio stato di salute.

Terminati tutti gli accertamenti diagnostici il caso di ogni singolo candidato viene discusso al GIC Bariatrico (Gruppo Interdisciplinare Collegiale), composto dal Team Multidisciplinare di Chirurgia Bariatrica, per pianificare il trattamento più idoneo per ogni paziente.

Successivamente, il paziente verrà convocato a colloquio e visita chirurgica (Chirurghi del Team Multidisciplinare di Chirurgia Bariatrica), per condividere la decisione raggiunta nel corso del GIC; gli verrà spiegato la tipologia di intervento chirurgico idoneo e le possibili complicanze e tutto l'iter inerente il pre-ricovero, il ricovero e la fase post dimissione.

Al termine della visita chirurgica il suo nominativo verrà inserito nella lista d'attesa Aziendale : "Pazienti in lista di attesa Intervento Chirurgico Bariatrico".

Nella giornata del pre-ricovero il paziente eseguirà gli esami ematici, visita anestesiológica, ECG, RX torace o quanto necessario al suo intervento chirurgico, tutto in unico giorno. Seguirà nei giorni/mesi a seguire telefonata dalla Divisione di Chirurgia inerente la data del ricovero per l'intervento.

VALUTAZIONE PSICOLOGICA

I pazienti dovranno eseguire una valutazione psicologica sulla condizione psicologica per escludere eventuali psicopatologie non compatibili con il percorso bariatrico.

Gli incontri risultano utili anche per:

- testare la motivazione del paziente e implementarla se non sufficientemente supportiva
- valutare l'opportunità del momento in cui svolgere l'intervento.
- proporre eventuali percorsi psicologici di accompagnamento all'intervento con psicoterapie di sostegno individuali e di gruppo.

La valutazione prevede di norma due colloqui e test psicologici. In base alle esigenze del paziente i colloqui e i test da somministrare possono variare.

Attraverso un rapporto di fiducia e di alleanza terapeutica che si crea tra il paziente e i componenti del Team, ogni paziente verrà motivato alla gestione del cambiamento dello stile di vita nel pre e postoperatorio, al fine di raggiungere una corretta autogestione alimentare, un buon rapporto con il cibo e il raggiungimento di obiettivi di salute sostenibili e duraturi.

È bene ricordare che la chirurgia bariatrica non è nulla di magico né di miracoloso. Certamente, per una maggiore tutela, è consigliabile scegliere di affrontare questo tipo di chirurgia in un centro d'eccellenza di chirurgia dell'obesità dove, proprio per l'alta professionalità raggiunta nel trattamento di questa patologia, la persona trova quella sicurezza indispensabile al rapporto di fiducia collaborativa che lo porterà al risultato di guarire dall'obesità.

Il nostro Centro Multidisciplinare propone procedure mirate al fine di ottenere la risposta più appropriata alla persona.

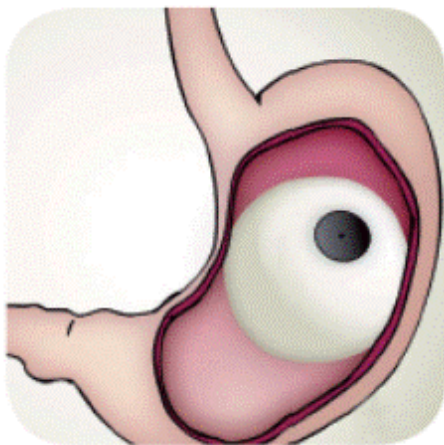
Qui di seguito vengono descritte le procedure gastroenterologiche e chirurgiche che possono essere proposte.

PROCEDURE GASTROENTEROLOGICHE E CHIRURGICHE

Le procedure proposte dal nostro Centro Multidisciplinare sono diversificate al fine di fornire la risposta più adeguata alle specifiche caratteristiche e necessità diagnostico/terapeutiche della singola persona.

LE PROCEDURE GASTROENTEROLOGICHE

Pallone Intragastrico



Indicazioni

Il pallone intragastrico è un trattamento temporaneo e reversibile. L'indicazione principale può consistere nel ridurre il peso e quindi il rischio operatorio in pazienti candidati ad un successivo intervento bariatrico, con l'obiettivo di mirare alla scomparsa o al miglioramento delle comorbidità.

Il pallone intragastrico può costituire anche un presidio utile per la valutazione degli aspetti psico-comportamentali del grande obeso. Vi sono, infatti, alcuni componenti di vari team interdisciplinari (psicologi, psichiatri, dietisti) che utilizzano il posizionamento del pallone intragastrico per i pazienti con obesità come una sorta di "test", utile a fornire

indicazioni per la scelta del tipo di intervento. La S.I.C.O.B. sconsiglia, in linea di principio, l'uso del pallone intragastrico in pazienti non candidati alla chirurgia bariatrica e, quindi, non affetti da obesità grave o superobesità.

Come Funziona

Il pallone intragastrico è un dispositivo di forma sferica riempito con soluzione fisiologica o aria (500-880 ml) che viene posizionato dentro lo stomaco. Il pallone intragastrico viene inserito e poi rimosso per via endoscopica, mediante gastroscopia, o direttamente sotto controllo radiologico, generalmente in sedazione anestesiológica. Il pallone intragastrico viene in genere rimosso dopo sei-dodici mesi, oltre i quali la possibilità che si verifichino complicanze cresce notevolmente.

Una volta inserito, il pallone funge da corpo estraneo che si muove liberamente nello stomaco riducendone la capacità. Il meccanismo d'azione, quindi, è quello di indurre un precoce senso di sazietà dopo l'introduzione di piccole quantità di cibo. Dopo il posizionamento del palloncino intragastrico è previsto un ricovero minimo di 2 giornate.

Controindicazioni

Controindicazioni all'inserimento del pallone sono da considerarsi la presenza di una voluminosa ernia jatale ed una patologia infiammatoria esofagea e/o gastrica in fase attiva, pregressi interventi chirurgici sul corpo gastrico oppure l'assunzione di antiaggreganti o anticoagulanti.

Complicanze possibili.

Si tratta di una procedura molto sicura che comporta bassa mortalità (ca. 0,05%) e complicanze (ca. 0,60%). Le complicazioni immediate possono comprendere: disturbi causati dall'endoscopia durante il posizionamento, mentre tra le possibili complicanze tardive bisogna citare: ostruzione intestinale, ostruzione dell'esofago, disturbi a livello gastrico, nausea e vomito anche persistenti, senso di pesantezza addominale, dolori addominali o dorsali, sia permanenti che ciclici, reflusso gastro-esofageo (bruciore e sensazione di acidità retrosternale, tosse), lesioni della mucosa dell'apparato digerente che può portare alla formazione di ulcere. Non è infrequente l'intolleranza psicologica (0,30%), caratterizzata da vomito ripetuto (4-5 volte/die) dopo la dimissione, che determina la rimozione endoscopica anticipata dello stesso.

Fattori quali perdita del senso di sazietà, aumento dell'appetito e/o aumento di peso, possono indicare uno svuotamento del pallone; in questi casi è pertanto necessario effettuare un controllo mediante esame endoscopico o radiologico. La gravità di molte di queste complicanze tardive dipende dalla tempestività della diagnosi; è pertanto fondamentale che il paziente contatti immediatamente il centro di riferimento all'insorgere dei sintomi sopradescritti.

La riduzione Gastrica Endoscopica- Endosleeve

La procedura di riduzione gastrica endoscopica è una recente tecnica minimamente invasiva, poiché effettuata senza incisioni chirurgiche esterne, nel corso di una gastroscopia. È indicata per pazienti con controindicazioni alla chirurgia bariatrica, pazienti con un range di BMI tra 30 e 40 Kg/m² per ridurre il volume gastrico, quindi l'appetito e prolungare il senso di sazietà, consentendo loro di mangiare di meno e aiutandoli a modificare il loro stile di vita. Le potenzialità di calo ponderale sono inferiori rispetto all'intervento chirurgico classico, la perdita di peso prevista si aggira al 10-20% del peso di partenza, per cui questa procedura è indicata solo in pazienti fortemente motivati e caparbi nel seguire uno schema dietetico assegnato e modificare lo stile di vita introducendo un'adeguata attività fisica. Il fallimento di questa procedura non controindica in futuro un eventuale intervento di chirurgia bariatrica, es. Sleeve Gastrectomy (Gastrectomia Verticale).

Controindicazioni

Le controindicazioni alla procedura sono eventuali pregresse chirurgie gastriche o esofagee, malattia da reflusso severa, grossa ernia iatale, e altri disordini o malattie del tratto gastrointestinale od epatiche e pancreatiche.

Complicanze possibili

Nonostante il profilo di sicurezza dell'intervento sia elevato, alcune delle complicanze sono molto simili all'intervento chirurgico (fistole, sanguinamento), ma tuttavia si verificano molto più raramente. Non è infrequente il senso di nausea e dolore addominale al termine della procedura e nel periodo immediatamente successivo, che migliorano con il passare del tempo e la terapia medica (antidolorifici) e dietetica. Qualora i sintomi di dolore non migliorino e si associ febbre e/o vomito, è indicato contattare immediatamente l'equipe per escludere eventuali complicanze maggiori quali sanguinamenti, fistole, ecc.

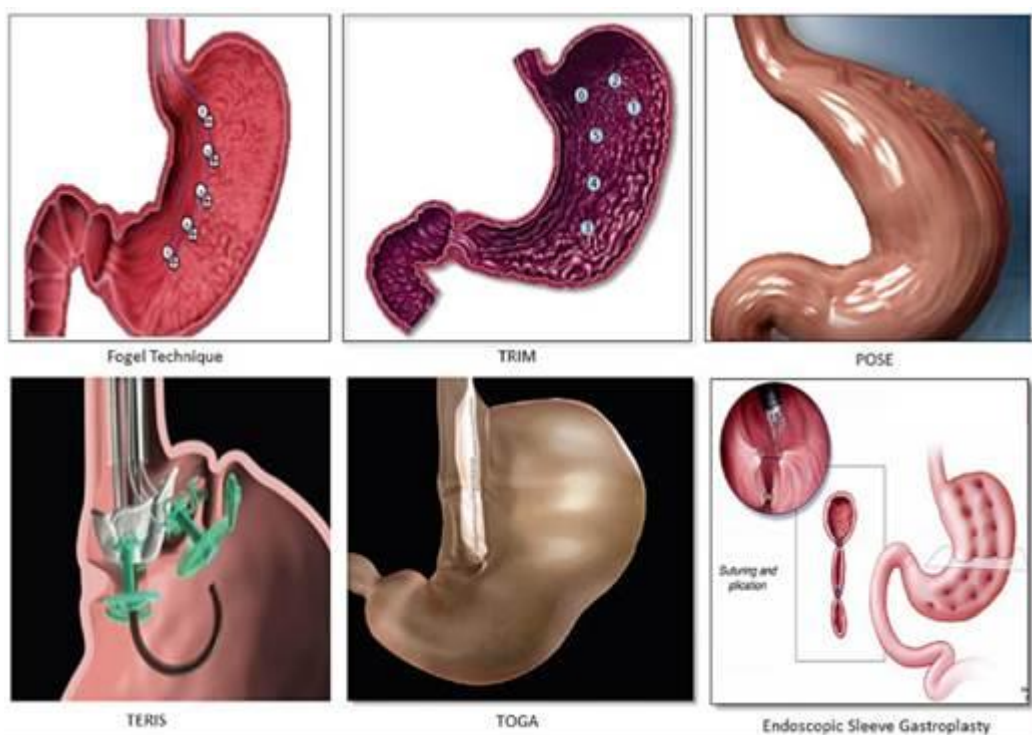


Figura tratta da: Abu-DayyehBarham K., Sarmiento Ray, Rajan Elizabeth, Vázquez-Sequeiros Enrique, Gostout Christopher J..Tratamientoendoscópico de la obesidad y lostrastornosmetabólicos: ¿una realidad?.Rev. esp. enferm. dig. [Internet]2014 Ago [citado 2022 Feb 20] ; 106(7): 467-476. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082014000700006&lng=es.

LA CHIRURGIA DELL'OBESITÀ

Che cos'è?

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

Premesso, come sopra riportato, che la chirurgia nell'obesità non può sostituire il cambiamento dello stile di vita, l'intervento chirurgico è l'unica forma di trattamento che porta a una guarigione duratura in un elevatissimo numero di casi.

Lo scopo della chirurgia bariatrica è quello di ridurre l'assunzione di cibo tramite la diminuzione della capacità gastrica (interventi restrittivi) o di diminuire l'assorbimento di sostanze nutritive da parte dell'intestino (interventi malassorbitivi), o ancora, di dare una sazietà precoce con meccanismo metabolico negli interventi misti. Si tratta di interventi rilevanti, con grandi modificazioni sia fisiologiche che psicologiche, per cui è davvero importante aver comunque provato prima, e molto seriamente, percorsi di rieducazione dietetico-comportamentale.

Si ricorda ancora che la chirurgia dell'obesità non ha scopi estetici e il suo principale scopo è quello di prevenire e/o correggere i problemi medici connessi all'obesità; benché una riduzione importante e costante del peso sia lo scopo della chirurgia dell'obesità, riduzioni di peso anche modeste possono provocare riduzione o scomparsa delle malattie associate all'obesità stessa. Per fare un esempio, gli interventi di chirurgia dell'obesità curano il diabete mellito tipo 2 nell' 80-100% dei casi. Questo significa la possibilità di non prendere più farmaci per il diabete già da pochi giorni dopo l'intervento e prevenire tutte le complicanze della malattia. Se tutte le altre terapie hanno

fallito, la chirurgia bariatrica può migliorare la vita ad un paziente e dargli di nuovo la possibilità di fare attività che l'obesità gli aveva impedito da tempo.

L'apparato digerente

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 e assimilato dall'organismo.

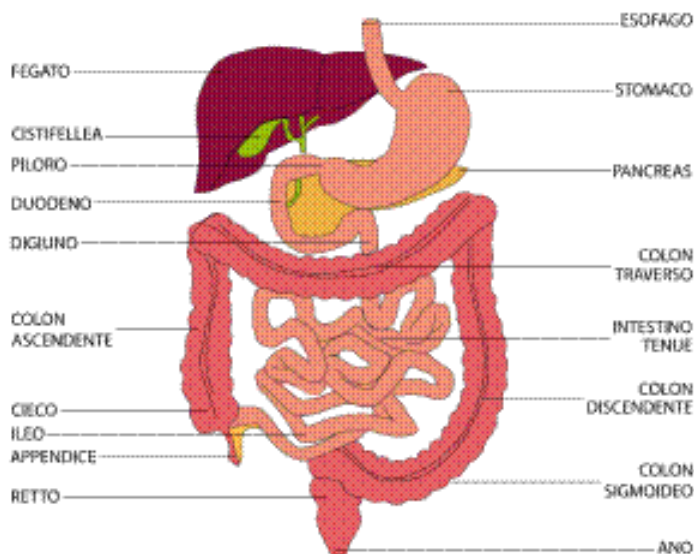
Nella **Bocca** il cibo viene sminuzzato dai denti e inizia la sua digestione chimica per mezzo della saliva. Il cosiddetto bolo viene poi deglutito e attraverso l'**Esofago**, un canale lungo circa 20 cm raggiunge lo stomaco.

Stomaco: è una sacca elastica costituita da pareti muscolari lisce che contraendosi, con l'aiuto di enzimi e acidi, digeriscono il cibo per scomporlo in nutrienti (proteine, grassi, carboidrati, ecc.) e sostanze più semplici e facilmente assimilabili. Il bolo viene ridotto in uno stato liquido, chiamato chimo, pronto ad uscire dallo stomaco per proseguire lungo il tratto digerente.

Intestino: l'ultima parte dell'apparato digerente è un organo a forma di tubo lungo circa 7 metri e ripiegato più volte su se stesso.

È diviso in due sezioni:

- **Intestino tenue.** Il *chimo* attraversa il duodeno (un tratto a forma di C che segue lo stomaco) dove incontra i succhi digestivi prodotti dal pancreas e dal fegato (bile) e poi raggiunge il digiuno: qui quasi tutti i nutrienti vengono assorbiti rapidamente immessi nel sangue, e resi disponibili per l'organismo. Alcuni elementi, come ad esempio la vitamina B12, vengono invece assimilati dal successivo tratto, l'ileo.



- **Intestino crasso.** Ciò che resta del cibo, ovvero il *chilo*, entra nell'intestino crasso passando nel cieco. Siamo ora nell'ultima parte dell'apparato digerente, un

tubo più corto ma più grande rispetto all'intestino tenue. In questo tragitto di circa 32 ore viene riassorbita l'acqua dal chilo, all'incirca 1,5 litri al giorno. Ciò che non è assimilabile è tralasciato come scarto e inviato all'ultima parte dell'intestino, il colon sinistro e retto, dove i residui sono compattati in feci, che vengono poi espulse.

Tecniche Chirurgiche, concetti generali

Tutti gli interventi vengono eseguiti in anestesia generale, prevalentemente con tecnica laparoscopica, meno invasiva; raramente vengono condotti con tecnica chirurgica tradizionale (laparotomia):

- la tecnica chirurgica tradizionale prevede un'incisione di varia dimensione e posizione a seconda del tipo di intervento e delle preferenze del chirurgo;
- la tecnica laparoscopica viene eseguita introducendo appositi strumenti e una minuscola videocamera nell'addome del paziente, attraverso piccoli fori. Il chirurgo procede con l'operazione osservando le immagini trasmesse su uno schermo e manovrando dall'esterno gli strumenti.

Durante l'intervento, il chirurgo può decidere di passare da un'operazione laparoscopica a una tradizionale, per garantire al paziente la tecnica più sicura e più adatta al caso.

Gli interventi chirurgici attualmente in uso in Italia, suffragati da casistiche molto ampie e da un follow-up (controlli clinici) adeguatamente prolungato, sono i seguenti:

- **Interventi restrittivi.** Sono interventi che limitano l'introduzione del cibo ad azione prevalentemente meccanica; hanno lo scopo di "ridurre" la porzione di stomaco utilizzabile: in questo modo si ottiene la sazietà' con una quantità' di cibo inferiore. La porzione di stomaco che accoglie il cibo si chiama 'tasca gastrica'.

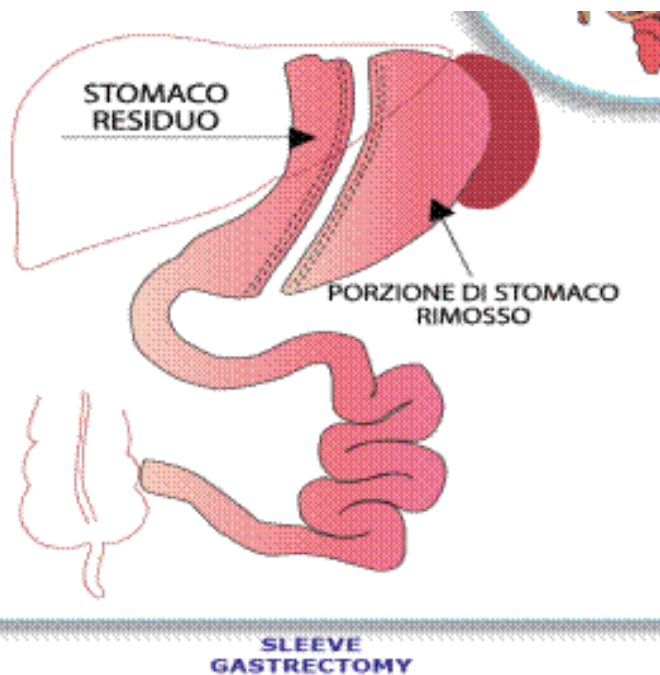
- o Sleeve Gastrectomy (Gastrectomia Verticale a manica)

- **Interventi ad azione prevalentemente funzionale:**

- o Bypass Gastrico
- o Bypass gastrico con unica anastomosi (mini bypass gastrico)

Sleeve Gastrectomy o Gastrectomia verticale.

L'intervento consiste in una resezione verticale parziale dello stomaco (gastrectomia parziale verticale). Si tratta di dividere lo stomaco in due parti in senso verticale utilizzando delle apposite



suturatici meccaniche. La parte sinistra dello stomaco, che corrisponde al 80-90% di tutto lo stomaco, viene successivamente asportata dopo averla isolata dalle sue connessioni vascolari con la milza. Lo stomaco che rimane in sede assume la forma di una "Manica" (Sleeve) il cui volume sarà di circa 100-150 ml. La porzione finale dello stomaco (antro gastrico) rimane intatta. La parte di stomaco rimanente avrà le stesse funzioni di prima dell'intervento. Questo infatti non modifica il fisiologico transito del cibo che viene ingerito, pur osservandosi un accelerato svuotamento gastrico.

L'intervento deve considerarsi anatomicamente irreversibile per quanto

riguarda la parte di stomaco rimossa.

Nel corso dei mesi e anni successivi all'intervento si possono verificare le seguenti complicanze:

- gli eccessi alimentari, provocando continui aumenti di pressione all'interno della tasca gastrica, possono provocarne la dilatazione. Ne consegue la capacità di introdurre

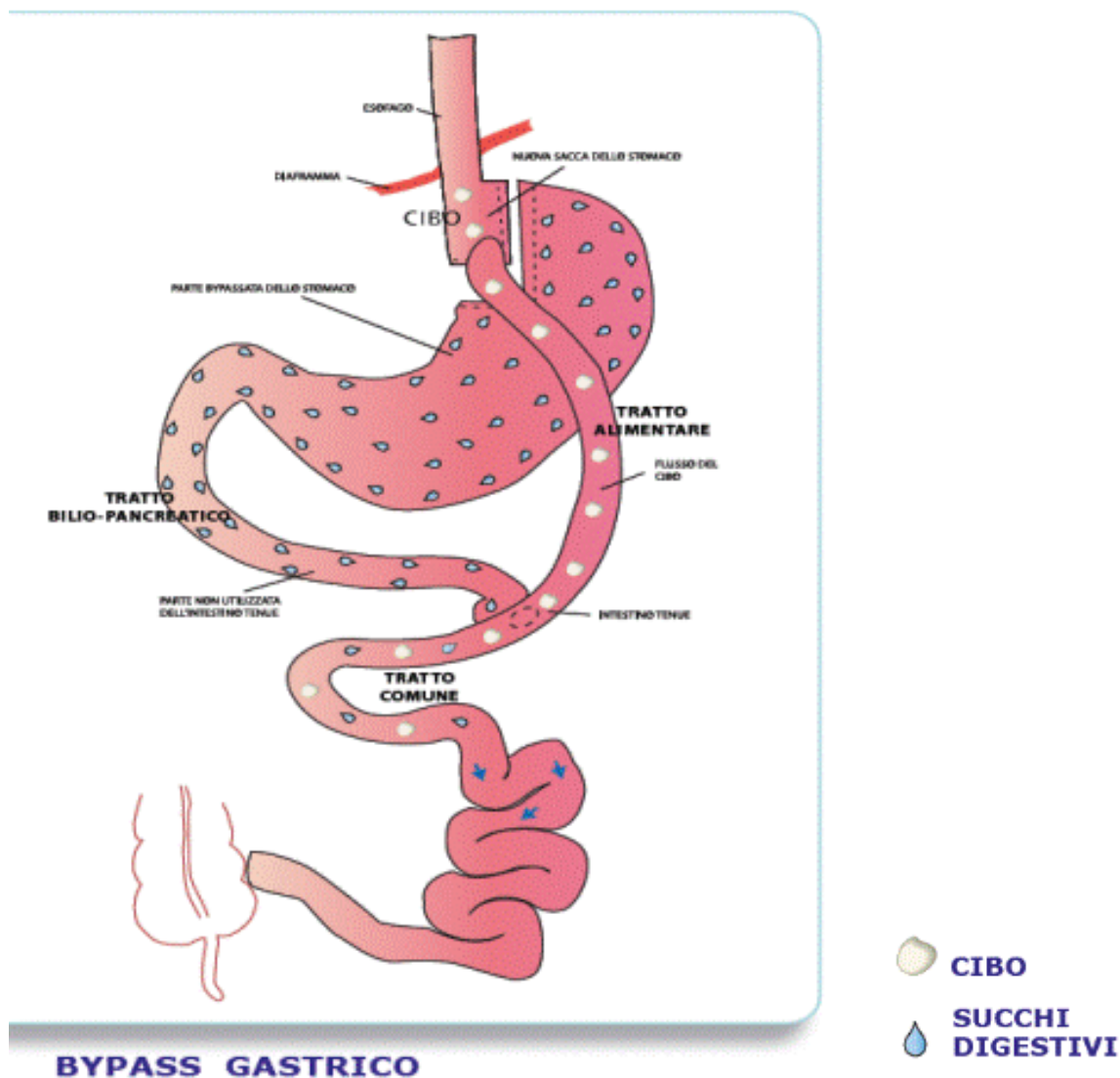
progressivamente più cibo, e quindi un arresto del calo di peso o un recupero del peso perduto. La correzione della dilatazione richiede un nuovo intervento chirurgico.

- Si possono verificare episodi di reflusso gastro-esofageo, fino alla vera e propria malattia da reflusso che se presente prima dell'intervento viene di solito considerata controindicazione.
- Disturbi funzionali come nausea, vomito, intolleranza per cibi solidi tendono ad autolimitarsi con adeguati consigli nutrizionali ed opportuna terapia medica.
- Fistola gastrica (precoce o a distanza) cioè la riapertura di parte della sutura gastrica. La fistola può essere trattata con terapia medica oppure richiedere un nuovo intervento chirurgico.
- Sanguinamento della trancia gastrica/intraluminare.

Bypass Gastrico

L'intervento classico consiste nella creazione di una piccola tasca gastrica che non comunica con il resto dello stomaco che viene lasciato in sede deconnesso, ma viene direttamente collegata all'intestino tenue a distanza variabile dal duodeno.

La maggior parte dello stomaco ed il duodeno vengono dunque esclusi completamente dal transito degli alimenti, pertanto sarà sufficiente introdurre poco cibo per aver subito un senso di sazietà.



Nel corso dei mesi ed anni successivi all'intervento si possono verificare:

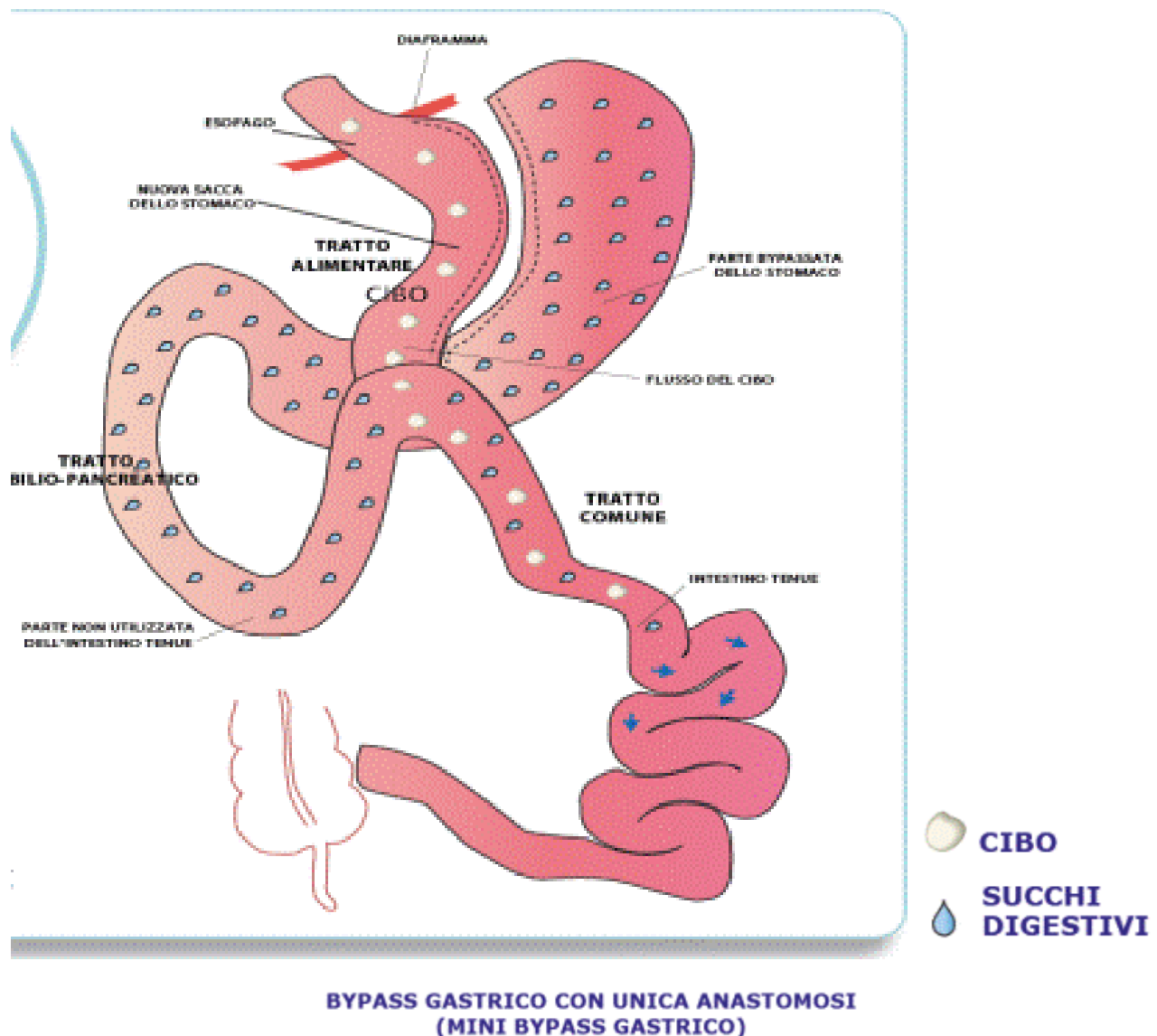
- Anemia da carenza di ferro e/o Vitamina B12 e/o acido folico. È legata principalmente all'esclusione dal transito del cibo della maggior parte dello stomaco e dell'intero duodeno. Questa complicanza può essere prevenuta o corretta con la somministrazione di una adeguata integrazione.
- Osteoporosi da carenza di calcio, dovuta anch'essa al fatto che il cibo non passa più nel duodeno, sede principale del suo assorbimento. Può essere necessaria un'integrazione per via orale.
- Ulcera nel punto di unione dello stomaco con l'intestino (ulcera anastomotica). Questa rara complicanza, più frequente nei fumatori e bevitori, di solito si previene o corregge con terapia medica, ma può richiedere un nuovo intervento chirurgico.
- Intolleranza all'assunzione di alcuni cibi, soprattutto i liquidi ad alta concentrazione di zuccheri, che si manifesta con sudorazione, senso di spossatezza, palpitazioni, possibile svenimento. Si risolve seguendo le norme dietetico - comportamentali indicate dall'equipe.
- Ernia interna che può provocare un blocco intestinale, spesso richiede intervento.

Bypass gastrico con unica anastomosi (mini bypass gastrico)

L'intervento consiste in un primo tempo chirurgico restrittivo finalizzato alla creazione di una piccola tasca gastrica verticale, del volume di circa 60 ml, preposta ad accogliere il cibo e non più comunicante con il resto dello stomaco, che però viene lasciato in sede. Il secondo tempo dell'intervento, prevede l'unione (anastomosi) tra la tasca gastrica e l'intestino tenue, "saltando" (by-passando) però un tratto di 200-250 cm misurati dal duodeno. Il mini by-pass gastrico presenta due differenze rispetto al Bypass classico:

- 1) La creazione di un serbatoio gastrico lungo.
- 2) Il confezionamento di una sola anastomosi tra stomaco sezionato ed intestino.

Analogamente al by-pass gastrico anche nel mini by-pass gastrico lo stomaco ed il duodeno vengono esclusi completamente dal transito degli alimenti e lo stomaco escluso, il duodeno e le vie biliari non sono più esplorabili con le metodiche tradizionali. Il mini by-pass determina un calo del peso corporeo con il meccanismo della riduzione della quantità di cibo introdotta. Il passaggio di cibo appena masticato, ma non digerito, in un tratto di intestino che non era abituato a riceverlo in questa forma, determina una stimolazione che genera un senso di sazietà precoce di grado variabile.



Nel corso dei mesi ed anni successivi all'intervento si possono verificare le stesse complicazioni del Bypass Gastrico classico (v. sopra per i dettagli).

Anemia da carenza di ferro e/o Vitamina B12 e/o acido folico

- Osteoporosi da carenza di calcio
- Ulcera anastomotica
- Ernia interna
- Gastrite da reflusso biliare che può essere corretto con terapia medica, ma può richiedere un nuovo intervento chirurgico in casi eccezionali.

CHE COSA PUO' FARE IL PAZIENTE?

Prima dell'intervento

È utile seguire scrupolosamente tutte le indicazioni del Team per l'obesità (chirurgo, dietologo, endocrinologo, anestesista...) per ridurre i rischi legati all'intervento chirurgico, prima dell'intervento è bene adottare, o mantenere, uno stile di vita salutare. In particolare, il paziente viene invitato a:

- seguire scrupolosamente la DIETA ALIMENTARE e/o farmacologica consegnata
- SMETTERE DI FUMARE almeno 6 settimane prima dell'intervento
- SOSPENDERE assolutamente l'assunzione di ALCOLICI
- svolgere ATTIVITA' FISICA, almeno mezz'ora al giorno (ad es. camminata se possibile con andatura lesta) contribuisce a rinforzare la muscolatura e a scaricare la tensione.
 - eseguire ESERCIZI RESPIRATORI preoperatori e postoperatori al fine di evitare una riduzione della funzione polmonare. In fondo all'opuscolo troverà le indicazioni per realizzare questi semplici esercizi, da eseguire tutti i giorni, anche più volte al giorno.
 - è **sconsigliabile** iniziare una GRAVIDANZA prima della stabilizzazione del peso raggiunto. È bene affrontare questo argomento con i componenti del Team già prima dell'intervento. In generale, la gravidanza va evitata nel periodo peri operatorio (fino a 18-24 mesi dall'intervento). Dopo l'intervento, seguendo scrupolosamente le regole alimentari e l'assunzione delle integrazioni multivitaminiche come dà indicazioni del Team, si potrà serenamente affrontare una gravidanza. Inoltre, nulla vieta un parto per via naturale.
 - VISITA DIETOLOGICA nei giorni precedenti al ricovero in cui verrà consegnata e spiegata la dieta alimentare da seguire nei giorni post-intervento

Il ricovero

Il giorno prima dell'intervento è necessario fare una doccia e togliere eventuale smalto dalle unghie, lasciando a casa oggetti preziosi (gioielli, orologi...), ricordandosi di portare con sé la tessera sanitaria e un documento di identità valido.

Il giorno del ricovero, che solitamente coincide con il giorno dell'intervento, bisogna portare con sé tutta la documentazione sanitaria pregressa (altri ricoveri, visite di specialisti...) e tutte le medicine che si stanno assumendo; bisogna presentarsi il mattino a digiuno presso la SCDU Chirurgia 1 per la registrazione del ricovero. **Comunicare "sempre" eventuali allergie ed intolleranze.**

Immediato postoperatorio

E' importante riferire al Personale Sanitario qualsiasi malessere compaia dopo l'intervento.

I programmi di riabilitazione precoce postoperatoria comprendono l'adesione del paziente alle indicazioni nutrizionali e di attività fisica proposti dal Team. Questi sono volti ad ottenere un precoce recupero delle abitudini quotidiane dei pazienti, riducendo le complicanze postoperatorie quali la polmonite, la trombosi venosa, la stipsi postoperatoria. Il paziente deve impegnarsi intensamente nel seguire questi programmi fornendo la sua più ampia collaborazione ai Medici ed agli Infermieri di Reparto.

Solitamente i giorni di ricovero sono 3 o 4: la sera dell'intervento il paziente potrà essere mobilizzato (scendere da letto e fare piccoli passi); il giorno seguente l'intervento viene eseguito

Rx transito esofageo con mezzo di contrasto per verificare l'esito dell'intervento. Nella lettera di dimissione sarà indicata la terapia farmacologica e comportamentale da seguire al rientro a domicilio, appuntamento della visita chirurgica di controllo.

Ritorno a casa

La lettera di dimissione dovrà essere consegnata al Medico di famiglia al fine di informarlo sull'esito e prescrizione di eventuale terapia farmacologica.

È necessario seguire scrupolosamente le indicazioni fornite in Lettera di dimissione: è consigliabile trascorrere le prime due notti dopo il ritorno a casa, con familiari/caregiver che, in caso di necessità, dovranno contattare/accompagnare il paziente presso la SCDU Chirurgia 1.

Nei primi 10 giorni dopo l'intervento non bisogna allontanarsi oltre i 100 chilometri dal nostro Ospedale; bisogna evitare ogni esercizio od attività stressante per 1-2 giorni.

Dopo 1 giorno si può fare la doccia (non il bagno), proteggendo la ferita e rinnovando la medicazione subito dopo; piccoli sanguinamenti della ferita sono normali: è sufficiente cambiare la medicazione. È possibile avere qualche piccolo dolore addominale, muscolare, della gola e delle estremità, che generalmente si risolve in 1-2 giorni o con qualche analgesico, ma non bisogna assumere altri farmaci oltre quelli prescritti in dimissione senza prima contattarci. È utile una volta ogni due giorni misurare la temperatura corporea, frequenza cardiaca e la pressione, contattarci qualora i valori si discostano in modo importante da quelli abituali.

Una volta a casa si potrà riprendere una vita regolare, evitando per i primi 15 giorni sforzi eccessivi od impegni gravosi. Superata questa breve convalescenza si possono riprendere le abitudini quotidiane. In occasione della prima visita di controllo verranno date informazioni in merito a quando si potrà riprendere l'attività lavorativa e guidare l'auto.

Nel caso in cui si verificassero le seguenti problematiche:

- **Il dolore avvertito diviene eccessivo**
- **Il sanguinamento sulla medicazione risulta abbondante (medicazione intrisa/bagnata)**
- **Subentrano febbre e brividi**
- **Si avverte una sensazione di debolezza al punto di non riuscire ad alzarsi dal letto**
- **Si accusa vomito ripetuto, stipsi ostinata o diarrea importante**
- **Le feci sono scure (picee) e maleodoranti**

CONTATTARE LA SCDU CHIRURGIA 1 AL NUMERO 0321 373 2068

La scarsa collaborazione nel rispettare i consigli dietetici e farmacologici, il fumo, l'utilizzo di sostanze stupefacenti e l'abuso di alcool aumentano notevolmente il rischio di complicanze anche tardive e pregiudicano la riuscita dell'intervento stesso.

“Sottoporsi ad un intervento di chirurgia bariatrica non vuol dire: “...Adesso posso mangiare liberamente senza ingrassare...”

Dopo l'intervento è ancora più importante seguire le porzioni indicate e scegliere bene gli alimenti, altrimenti non sarà possibile mantenere nel tempo la perdita di peso raggiunta ed inoltre si rischia di avvertire disturbi legati alla tipologia dell'intervento.

Nel caso di un intervento restrittivo, fare pasti abbondanti porta ad una dilatazione eccessiva della tasca gastrica, con conseguenze anche gravi. Anche nel caso degli interventi malassorbitivi un eccesso di grassi ed amidi nell'alimentazione, aumentano il numero di evacuazioni e causano gonfiore addominali e/o diarrea. Inoltre, questi interventi non modificano in alcun modo l'assorbimento degli zuccheri, per cui è facile riprendere peso se si abusa di dolci, frutta, bevande zuccherate o alcolici.

Dopo mangiato può capitare di vomitare. Soprattutto nei primi mesi dopo l'operazione può accadere che lo stomaco rigetti il cibo assunto prima di abituarsi alla nuova condizione. Bisogna seguire alla lettera lo schema alimentare e le indicazioni nutrizionali per limitare questo effetto collaterale. In genere, nel tempo gli episodi si fanno sempre più rari fino a scomparire. Se il problema si presenta più volte al giorno: in questo caso è opportuno informare il medico del team (dietologo).

Alla dimissione verrà consegnato uno schema dietetico personalizzato da seguire scrupolosamente. A casa può essere utile tenere un diario alimentare, nel quale segnare tutto ciò che mangiate, quando e in quali quantità. Tale elenco sarà utilissimo sia per il paziente che per il medico e il dietista per capire se si stanno seguendo correttamente le regole alimentari, ma anche per individuare facilmente gli alimenti meno tollerati e quelli invece che non danno problemi.

Nei primi 7-10 giorni dopo intervento viene prescritta una dieta liquida per poi passare ad una dieta di consistenza semiliquida, progressivamente si potranno introdurre cibi prima morbidi e poi solidi, di facile digeribilità ed alto valore nutrizionale.

Follow-up

Un percorso di follow-up appropriato viene programmato a tutti i pazienti operati da parte del team multidisciplinare del Centro, a cui fare sempre riferimento.

Per ottenere i maggiori vantaggi con il minor rischio di complicanze a distanza sono necessari periodici controlli clinici e nutrizionali. Durante il periodo della perdita di peso e anche oltre esso (anche per tutta la vita), possono essere necessarie integrazioni vitaminiche e minerali.

Il “buon esito” dell'operazione può essere tale solo se mantenuto nel tempo: a tal fine è fondamentale che la collaborazione fra il Centro ed il paziente non venga interrotto.

I controlli sono previsti a 1,3,6,12 mesi nel primo anno, ogni 6 mesi nel secondo anno, una volta l'anno negli anni successivi.

Specifici percorsi di controllo vengono forniti a tutti i pazienti dai vari componenti del team. Gli esami ematici e/o strumentali saranno richiesti nel corso delle visite dietologiche di follow – up.

È importante sottolineare che, soprattutto per alcuni interventi, i risultati del trattamento (percentuale di successi, insuccessi, complicanze e re-interventi) dipendono significativamente dall'adesione dei pazienti ai controlli prescritti.

È importante la graduale ripresa dell'attività fisica dopo l'intervento, da concordare anche su consiglio del chirurgo, soprattutto qualora anche la ripresa dell'attività lavorativa richieda particolari impegni fisici.

Nel primo anno è importante non fumare, evitare donazioni di sangue, ed evitare l'avvio di gravidanze (v. sopra), chiedendo consiglio riguardo la pillola anticoncezionale. Si consiglia anche di evitare l'uso di FANS per il maggior rischio di ulcere e sanguinamenti.

“È possibile che dopo aver quasi raggiunto il peso forma si recuperi qualche chilo”

Questo è il momento più critico. Mantenere il peso significa fare un bilancio giornaliero tra le calorie introdotte e quelle utilizzate. Dimagrendo, il volume del corpo si riduce, per cui ha bisogno di meno “carburante”. Inoltre, ogni alimento ha un valore nutritivo diverso che bisogna imparare ad individuare per gestire il risultato nel tempo. Tornare alle abitudini sbagliate, anche se si mangia in quantità minore, non impedisce l'accumulo di massa grassa. Ad esempio, dopo un'operazione restrittiva le sostanze liquide o semiliquide riescono ad ingannare il senso di sazietà che dovrebbe dare la tasca gastrica, per cui è possibile abusare di bevande zuccherate o di alimenti morbidi e grassi, rendendo inutile l'operazione.

Ad ogni visita di follow-up vengono rivalutate le abitudini alimentari e rilevati i parametri di peso, circonferenza vita e pressione arteriosa.

Si analizzano qualità e quantità degli introiti alimentari, in particolare:

- contenuto calorico complessivo
- contenuto in macronutrienti (proteine, grassi, carboidrati semplici e complessi)
- apporto di micronutrienti: ferro, calcio, acido folico, vitamine B12 e vit. D, ecc.....
- livello e modalità idratazione

In base a quanto emerso in corso di visita vengono fornite ai pazienti specifiche indicazioni/correzioni funzionali a un corretto calo ponderale, per evitare concomitanti carenze nutrizionali e intolleranze o fastidi correlati all'alimentazione.

In corso di follow-up si richiedono esami ematologici e/o strumentali per verificare l'assorbimento dei nutrienti, la presenza di eventuali deficit o carenze, e l'eventuale insorgenza di complicanze a lungo termine legate o meno alle modifiche sia anatomiche che alimentari in seguito all'intervento chirurgico.

Durante tutto il periodo dalla dimissione post intervento chirurgico e nel periodo del follow up che dura per molti anni a seguire, il paziente rimane in costante contatto con l'infermiere Case Manager tramite e-mail o telefonicamente. La relazione di fiducia che ormai si sarà instaurato tra infermiere e paziente ci permette di ridurre il suo stress e fornirgli un'assistenza personalizzata.

Follow-up psicologico post-chirurgico

La rivalutazione psicologica è consigliata per alcuni pazienti che hanno evidenziato necessità di ulteriori approfondimenti e colloqui già prima dell'intervento chirurgico, o eventualmente nel caso di necessità sopraggiunte dopo l'intervento.

Sono previsti incontri di gruppo mensili di sostegno psicologico al mantenimento di uno stile di vita corretto e di approfondimento delle dinamiche psicologiche legate all'alimentazione. Si richiede la presenza ad almeno cinque incontri all'anno per tre anni.

**Grazie dell'attenzione
il Team Multidisciplinare**

Redatto Gruppo di Lavoro	Verificato: Dott.ssa Sandra Portale Dott.ssa Giordana D'Aloisio	Approvato: Dott. Sergio Riso Prof. Sergio Gentili	Data emissione: Novara, 18/11/2022
-----------------------------	---	---	---------------------------------------

DIARIO PERCORSO BARIATRICO

Cognome e Nome: _____

Data di nascita: _____ **età:** _____ **tel:** _____

SCREENING PRE INTERVENTO CHIRURGIA BARIATRICA

	Visita dietologica Data	Visita dietologica Data	Visita dietologica Data	Pre Intervento Data
Peso Kg				
BMI				
Circonf. Vita				
Pressione Arteriosa				

PERCORSO VALUTAZIONE IDONEITA' INTERVENTO BARIATRICO

ESAMI/VISITE	DATA APPUNTAMENTO	SI	NOTE
1° visita dietologica (consegna dieta)			
Esami ematici			
Visita Endocrinologica			
Visita Psicologica			
EGDS - Gastrosopia			
Esito biopsie Hb			
Phmetria			
Visita Pneumologica/polisonno			
Eco addome(solo x by pass)			
Altre visite specialistiche			
Visita chirurgica			
Pre Ricovero			
Ricovero Chirurgico			

Si ricorda che gli esiti degli esami sopra elencati devono essere portati all'attenzione del Team Multidisciplinare in Dietologia

FOLLOW UP POST INTERVENTO BARIATICO

ESAMI/VISITE	DATA APPUNTAMENTO	SI	NOTE
Visita Dietologica post. Int.1			
Vista Dietologica post. Int. 2			
Visita dietologica a 3 mesi			
Esami Ematici			
Visita Dietologica a 6 mesi			
Esami Ematici			
Visita Dietologica a 12 mesi			
Esami.....di controllo			
Visite di controllo.....			

SCREENING POST INTERVENTO CHIRURGICO

	1 mese	3 mesi	6 mesi	12 mesi
Peso Kg				
BMI				
Circonferenza Vita				
Pressione Arteriosa				

APPUNTI

[illegible]

DOMANDE

26

.....

.....

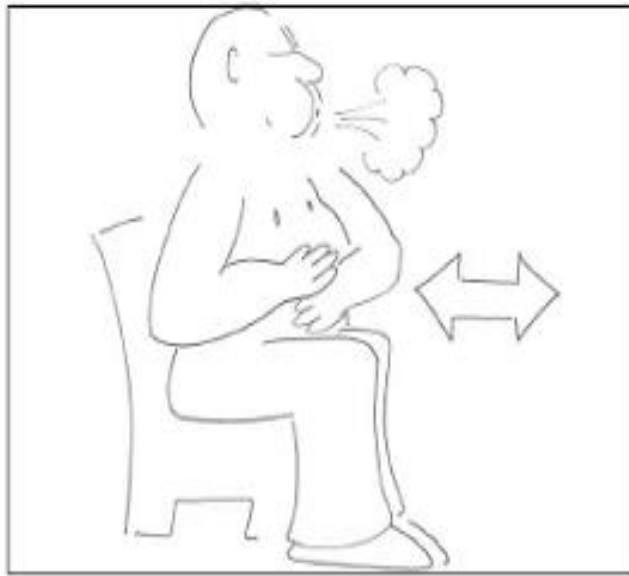
.....

INFORMAZIONI UTILI - I nostri recapiti:

Azienda Ospedaliero Universitaria Maggiore della Carità - Novara	0321 3731 centralino Corso Mazzini 18
---	--

SC Scienza dell'alimentazione e dietetica	0321/3733275 dietetica.segre@maggioreosp.novara.it
Case Manager SC DIPSA	0321/3733704 claudia.rigo@maggioreosp.novara.it
SSD Psicologia Clinica	Segreteria 0321 /3734112 psicoclinica.segre@maggioreosp.novara.it
SCDU Chirurgia 1	0321 /3733419
SCDU Endocrinologia	0321/3733819 endocrinologia@maggioreosp.novara.it
SCDU Gastroenterologia	0321/3733235 gastro.segre@maggioreosp.novara.it

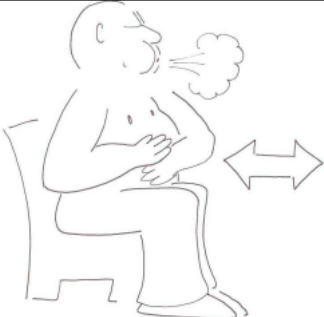




GINNASTICA
RESPIRATORIA
PERIOPERATORIA

Questo tipo di ginnastica respiratoria deve essere eseguita almeno una volta al giorno. Trovare quindi un ambiente poco rumoroso nel quale poter eseguire tranquillamente gli esercizi. Munirsi di una panchetta, sgabello, sedia senza braccioli, sedersi, rilassarsi ed iniziare gli esercizi seguendo lo schema.

Posizione: SEDUTA

1) MANI SULLA PANCIA a) INSPIRARE DAL NASO GONFIANDO LA PANCIA b) ESPIRARE DALLA BOCCA		
2) MANI SULLA PARTE ALTA DEL PETTO a) INSPIRARE GONFIANDO IL TORACE b) ESPIRARE		
3) MANI SUL PETTO a) INSPIRARE ALLUNGANDO IN AVANTI LE BRACCIA TESE b) ESPIRARE RIPORTANDO LE MANI AL PETTO		

4) MANI SUL PETTO a) INSPIRARE ALLARGANDO LE BRACCIA b) ESPIRARE RIPORTANDO LE MANI AL PETTO		
5) MANI SUL PETTO a) INSPIRARE ALLUNGANDO IN ALTO LE BRACCIA TESE b) ESPIRARE RIPORTANDO LE MANI AL PETTO		
6) BRACCIA LUNGO I FIANCHI a) INSPIRARE ALLUNGANDO IN AVANTI E POI IN ALTO LE BRACCIA b) ESPIRARE RIPORTANDO LE BRACCIA IN FUORI E LUNGO I FIANCHI		
7) MANI DIETRO LA NUCA CON I GOMITI AVANTI a) INSPIRARE ALLARGANDO I GOMITI b) ESPIRARE RIPORTANDO I GOMITI AVANTI		

8) BRACCIA LUNGO I FIANCHI

- a) INSPIRARE
- b) ESPIRARE PIEGANDO IL TRONCO IN AVANTI



9) MANI SULLE GINOCCHIA

- a) INSPIRARE ALLUNGANDO LA GAMBA DESTRA
- b) ESPIRARE E TORNARE ALLA POSIZIONE DI PARTENZA
- c) INSPIRARE ALLUNGANDO LA GAMBA SINISTRA
- d) ESPIRARE E TORNARE ALLA POSIZIONE DI PARTENZA



10) MANI SULLE GINOCCHIA

- a) INSPIRARE
- b) ESPIRARE PIEGANDO LA GAMBA DESTRA
- c) INSPIRARE
- d) ESPIRARE PIEGANDO LA GAMBA SINISTRA



11) Seduti mani sui fianchi

- a) INSPIRARE
- b) ESPIRARE RUOTANDO IL TRONCO VERSO DESTRA
- c) INSPIRARE
- d) ESPIRARE RUOTANDO IL TRONCO VERSO SINISTRA

12) Seduti mani sui fianchi

- a) INSPIRARE
- b) ESPIRARE INCLINANDO IL TRONCO VERSO DESTRA
- c) INSPIRARE
- d) ESPIRARE INCLINANDO IL TRONCO VERSO SINISTRA