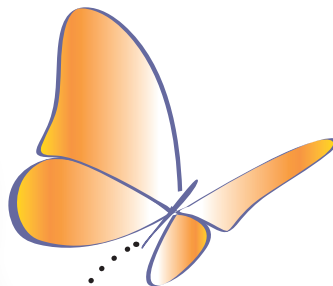


OBESITÀ

come liberarsene e
vivere meglio



- L'obesità**
- 5 Che cos'è?
 - 6 Come si misura?
 - 7 Quali sono le cause?
 - I rischi per la salute
 - 8 Alimentazione e attività fisica

L'apparato digerente

- La chirurgia dell'obesità**
- 12 Che cos'è
 - 13 Chi ne ha bisogno?
 - Perché bisogna guarire dall'obesità
 - 14 Come viene eseguita?
 - 15 È pericolosa?

- Gli interventi bariatrici**
- 16 Il pallone intragastrico
 - 17 Tecniche chirurgiche restrittive
 - 1. Interventi restrittivi gastrici
 - 2. Interventi malassorbitivi
 - 3. Interventi ad azione funzionale
 - 19

Una scelta di vita

Nel nostro paese gli obesi sono circa 6.000.000, il 10% della popolazione. Un numero elevato, che ci pone tra le nazioni con il maggior numero di persone che supera di almeno il 40% il proprio peso ideale. Si tratta di una condizione pericolosa per la salute, che va affrontata con soluzioni efficaci e durature. Un obeso, infatti, ha un'aspettativa di vita inferiore di 10 anni rispetto a quella di un coetaneo con peso normale. E quando si devono perdere 40/50 chili, a volte dieta, esercizio fisico, psicoterapia e farmaci non bastano: l'unica soluzione efficace diventa la chirurgia bariatrica, cioè interventi che permettono di ridurre in modo efficace il grave eccesso di peso. Purtroppo in Italia c'è ancora scarsa consapevolezza che il bisturi può essere un'"arma" in grado di allungare la vita e di assicurare una cura definitiva nel 60-80% dei casi. Questo opuscolo nasce quindi con lo scopo di informare sulle differenti terapie chirurgiche dell'obesità, come guida semplice per pazienti e familiari, per dare gli strumenti di base a chi volesse sapere di più sull'argomento. Anche per decidere, in modo consapevole, e d'accordo con il proprio medico, se e come scegliere di sottoporsi a interventi di chirurgia bariatrica.

Marcello Lucchese

Presidente della Società Italiana Chirurgia dell'Obesità e delle Malattie Metaboliche



L'obesità

The background of the entire page is a microscopic view of adipocytes (fat cells). The cells are large and roughly spherical, filled with a bright yellow color representing the lipid droplet. Each cell has a thin, pinkish-red border representing the cell membrane. Small, dark purple or pink spots are scattered throughout the cells, representing the nuclei. The overall appearance is that of a cluster of fat cells.

I numeri dell'obesità

Secondo L'OMS, nel mondo 1,5 miliardi di adulti (di età superiore ai 20 anni) sono in eccesso di peso. Di questi, 200 milioni di uomini e circa 300 milioni di donne sono obesi. In Italia l'obesità è un fenomeno in preoccupante aumento: +25 % dal 1994 ad oggi. Secondo l'Istat nel nostro Paese la percentuale di popolazione adulta in sovrappeso è pari al 36,6% (maschi 45,6%; femmine 28,1%), mentre gli obesi sono il 10,6% (maschi 11,6%; femmine 9,5%).

Che cos'è?

L'OMS la definisce 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.

Che differenza c'è tra obesità e sovrappeso? Se il peso supera del 30% quello ideale, si è in sovrappeso, quando va oltre il 60% si parla di obesità.

Esistono due tipi di obesità:

- **androide o "centrale"**, in cui il grasso si accumula a livello visceroadominale, molto più pericolosa perché associata a diverse complicanze metaboliche, con una forma detta "a mela";
- **ginoide o "periferica"**, in cui il tessuto adiposo si concentra a livello dei glutei e dei fianchi, con una forma detta "a pera".

Obesità "a mela"



Obesità "a pera"



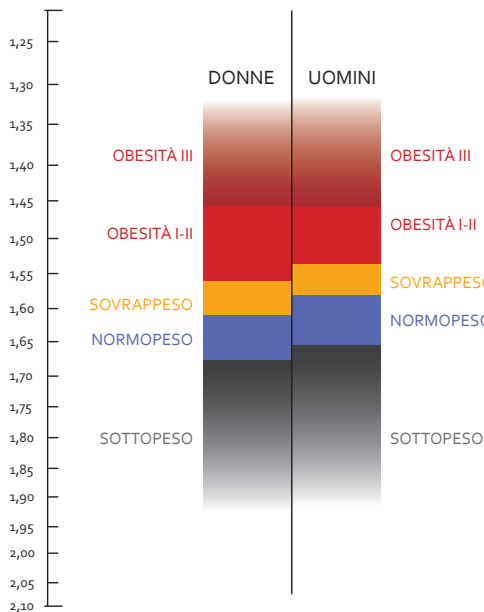
Come si misura?

L'indice più utilizzato è il Body Mass Index (BMI) o Indice di Massa Corporea (IMC), ottenuto dividendo il peso corporeo (in kg) per il quadrato dell'altezza (in metri).

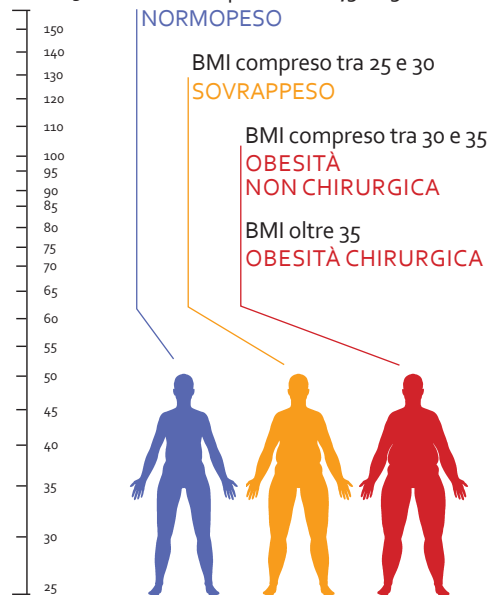
Ecco un esempio:

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

STATURA metri



PESO kg



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 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

L'obesità è considerata un importante fattore di rischio per l'insorgenza di gravi patologie. Un obeso ha un'aspettativa di vita ridotta di 10 anni (9 per le donne e di 12 negli uomini). I chili di troppo comportano una serie di gravi malattie come diabete mellito di tipo 2, ipertensione arteriosa, infarto del miocardio, insufficienza respiratoria, cancro al pancreas, al colon e al seno, ipercolesterolemia, vasculopatie, malattie articolari, ictus,

Il diabete di tipo 2

Il diabete mellito di tipo 2 in particolare è in crescita esponenziale in Italia e nel Mondo. Oggi si contano sul territorio nazionale circa 3 milioni di diabetici a cui va aggiunto 1 milione di persone con malattia non diagnosticata. Il diabete è una patologia che determina un'alterazione della regolazione degli zuccheri nel sangue. A lungo andare comporta gravi lesioni a carico dei vasi sanguigni in molti organi tra cui occhi, rene, cuore, cervello e arterie degli arti inferiori. Per esempio è la prima causa di cecità in età lavorativa e d'insufficienza renale con conseguente necessità di dialisi. Nel mondo ogni 20 minuti il diabete causa un decesso, ogni 7 minuti provoca un infarto cardiaco e ogni mezzora un diabetico subisce un'amputazione di un arto. Di questi pazienti circa il 90% sono obesi.

problemi epatici ed insufficienza renale, problemi della sessualità e limitazioni gravissime nei movimenti.

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 poi ci vuole costanza nel mantenere l'indice di massa corporea (BMI) al di sotto di 25. Questo parametro è un'indicazione certamente importante, ma potrebbe non essere il metodo più adatto per stimare il rischio di ammalarsi, in particolare per quanto riguarda il cancro. Uno studio canadese lo ha rivelato recentemente, e gli esperti italiani di SICOB concordano. **La correlazione tra obesità grave e tumori è ampiamente confermata dalla letteratura internazionale, in particolare per alcuni tipi di tumore.** Ma ovviamente il BMI non può essere l'unico parametro da tenere in considerazione per la previsione del rischio di neoplasie, in quanto, solo per alcuni individui, è risultato predittivo per il cancro all'endometrio, ai polmoni e al seno nelle donne in postmenopausa. Il paziente va considerato nella sua storia clinica, familiare e genetica.

Alimentazione e 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. Il modo più semplice per garantire al proprio corpo le sostanze adeguate è variare il più possibile i cibi in tavola e consumare 3 pasti e 2 spuntini al giorno.

L'attività fisica è uno strumento che può sconfiggere malattie croniche legate a stili di



vita sbagliati come diabete, cancro, patologie cardiovascolari ed obesità. 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**. Un allenamento sproporzionato può esporre a gravi rischi l'intero organismo.



NECESSARIA



Gli alimenti "amici" della linea e della salute sono: **latte e yogurt magri** (alimenti bilanciati in proteine, carboidrati e grassi); proteine magre: **carne bianca** (pollo, tacchino, coniglio) **pesce, carni rosse magre, formaggi magri, affettati magri**; carboidrati a basso indice glicemico e quindi con basso valore calorico come la **verdura**; carboidrati con medio indice glicemico contenenti fruttosio e quindi più calorici come la **frutta**; carboidrati ad alto indice glicemico e quindi molto calorici e perciò da dosare: **legumi, patate, pasta e riso integrale, derivati di farine integrali**. **L'olio di oliva** è il solo condimento ammesso ma va dosato attentamente perché ha tante calorie.

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. Ecco un utile specchietto con le sue tappe principali:

1 BOCCA

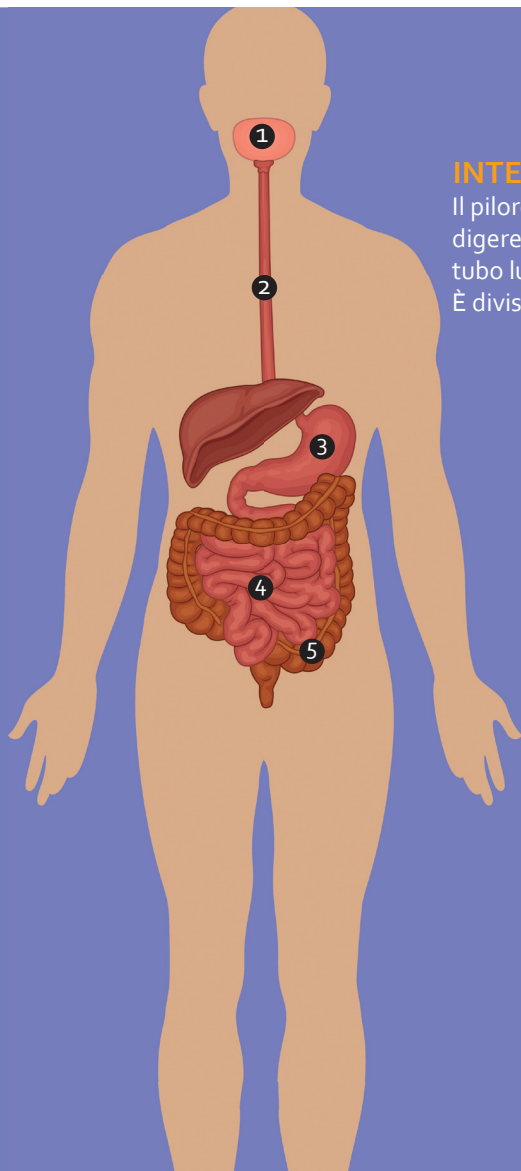
Qui il cibo viene sminuzzato dai denti e inizia la sua digestione chimica per mezzo della saliva. Una volta che il boccone è pronto per l'ingestione viene detto bolo: dalla bocca, questo viene deglutito nella faringe, per poi scendere nell'**esofago**.

2 ESOFAGO

È un canale lungo circa 20 cm che collega la bocca allo stomaco. Le sue pareti sono costituite da fasce muscolari lisce, che contraendosi spingono il bolo in basso, verso la valvola cardioesofagea.

3 STOMACO

Da questa valvola il bolo finisce nello stomaco, una sacca contenente enzimi e acidi che hanno il compito di attaccare il cibo per scomporre le sue componenti (proteine, carboidrati, ecc.) in sostanze più semplici e facilmente assimilabili. Le pareti di quest'organo sono ricoperte da uno strato di muco che lo protegge dall'azione corrosiva degli acidi della digestione. Il bolo viene ridotto in uno stato liquido, chiamato chimo, pronto ad uscire dallo stomaco attraverso il **piloro**.



INTESTINO

Il piloro porta il chimo nell'ultima parte dell'apparato digerente, l'intestino: si tratta di un organo a forma di tubo lungo circa 7 metri e ripiegato più volte su se stesso. È diviso in due sezioni:

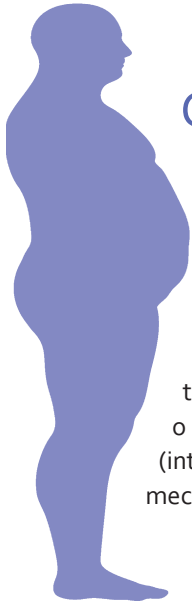
4 Intestino tenue

Il *chimo* passa attraverso il **duodeno** (un collegamento a forma di C che esce dallo stomaco) e raggiunge il **digiuno**: qui quasi tutti i nutrienti del cibo vengono assorbiti rapidamente dalle pareti e resi disponibili per l'organismo. Alcuni elementi, come ad esempio la vitamina B12, vengono invece assimilati dal successivo tratto, l'**ileo**.

5 Intestino crasso

Passando nel **cieco**, entra nell'intestino crasso ciò che resta del cibo, ovvero il *chilo*. Siamo ora nell'ultima parte dell'apparato digerente, un tubo più corto ma più grande rispetto all'intestino tenue (ha un diametro di circa 7 cm). In questo tragitto (che dura circa 32 ore) le pareti dell'intestino assorbono l'acqua dal chilo (circa 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**. Qui, estratti gli ultimi pochi nutrienti rimasti, i residui sono compattati in feci, che vengono poi espulse.

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**. 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 di restrizione) 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.

I numeri della chirurgia bariatrica

Nel 2011 in Italia sono stati eseguiti – nei centri censiti dalla SICOB – 7.214 interventi di chirurgia bariatrica: 4.093 al Nord, 1.983 al Centro, 880 al Sud e 258 nelle isole, ma sarebbero almeno un milione gli obesi che potrebbero risolvere efficacemente i loro problemi grazie a interventi chirurgici.

Chi ne ha bisogno?

La chirurgia per la perdita di peso è riservata a pazienti con un eccesso di peso patologico (BMI maggiore di 35) e per i quali le altre terapie (diete, farmaci, esercizio fisico, psicoterapia) non hanno avuto successo duraturo.

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.**

Perché bisogna guarire dall'obesità?

Molte persone pensano che la conseguenza principale dell'obesità sia un abbassamento generico della qualità della vita: l'eccesso di peso rende meno attivi, più affaticati ed impedisce numerose attività. Questo è sicuramente vero, ma c'è molto di più.

La mortalità originata dall'eccesso di peso rappresenta un serio problema di salute pubblica in Europa, dove circa il 7,7% di tutte le cause di morte è legato a questa condizione. L'obesità, infatti, provoca l'insorgenza di molti disturbi potenzialmente letali, come le malattie cardiocircolatorie, il diabete mellito di tipo 2 e l'insufficienza respiratoria.

La chirurgia bariatrica, eliminando in maniera durevole il problema dell'eccesso di peso, risolve anche molti problemi metabolici che l'obesità aveva provocato.

I numeri lasciano sbalorditi: per fare un esempio, gli interventi di chirurgia dell'obesità

curano il diabete mellito tipo 2 nell'80-100% dei casi. Questo significa 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 salvare la vita ad un paziente e dargli di nuovo la possibilità di fare cose che l'obesità gli aveva impedito da tempo.

Come viene eseguita?

Tutti gli interventi vengono eseguiti in anestesia generale. Gli interventi vengono condotti o con **tecnica chirurgica tradizionale** (laparotomia) o con **tecnica laparoscopica**, meno invasiva:

- 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.

È pericolosa?

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, troverete nel vostro chirurgo quella sicurezza indispensabile al **rapporto di fiducia collaborativa** che vi porterà al risultato di guarire dall'obesità.



	Mortalità	Complicanze perioperatorie	Complicanze tardive
Bendaggio	0,10%	1,9%	10,3%
Gastroplastica / sleeve	0,15%	8,3%	3,7%
Bypass gastrico	0,54%	14,2%	2,9%
Diversione	0,80%	12,4%	6%
Mortalità operatoria globale	0,25%		

Gli interventi bariatrici



PALLONE INTRAGASTRICO

È un palloncino di forma sferica che viene introdotto nello stomaco tramite gastroscopia per poi essere gonfiato con liquido o aria. Generalmente si utilizza, in via transitoria, in preparazione ad un intervento chirurgico definitivo o qualora sia impossibile qualunque altra procedura per problemi specifici di quel caso, o in obesità grave in adolescenti, o in obesità non chirurgica ma associata ad altre malattie importanti.

Una volta gonfio, il palloncino si muove liberamente nello 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 dispositivo viene rimosso dopo 6 mesi. In questo lasso di tempo è indispensabile, per ottenere la perdita di peso e, soprattutto, per mantenere poi il risultato, imparare a scegliere gli alimenti seguendo uno schema alimentare corretto.

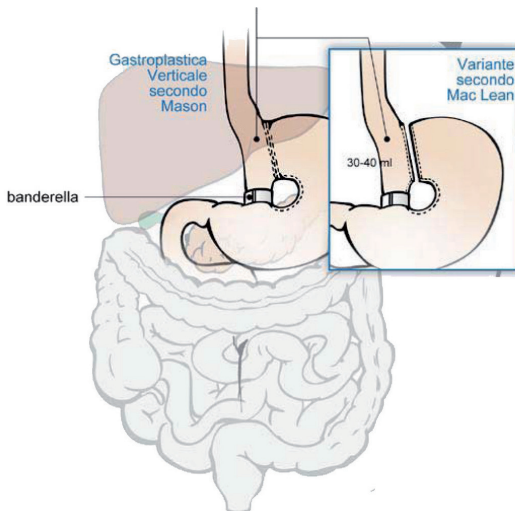
La reazione dell'organismo al palloncino può variare da caso a caso, ma la maggior parte dei problemi è causata da regimi dietetici sbagliati durante la terapia. Sono comunque possibili effetti collaterali (in particolare nausea e vomito), per cui il paziente dovrà sottoporsi a controlli periodici e segnalare tempestivamente l'insorgere dei disturbi.

Tecniche Chirurgiche restrittive

1. Interventi restrittivi gastrici

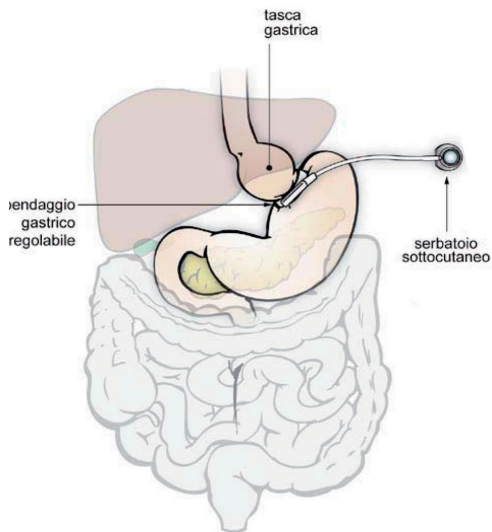
Hanno lo scopo di "ridurre" la porzione di stomaco utilizzabile: in questo modo si ha la sazietà con una quantità di cibo inferiore. La porzione di stomaco che accoglie il cibo si chiama 'tasca gastrica'.

Esistono diversi tipi di operazioni restrittive.



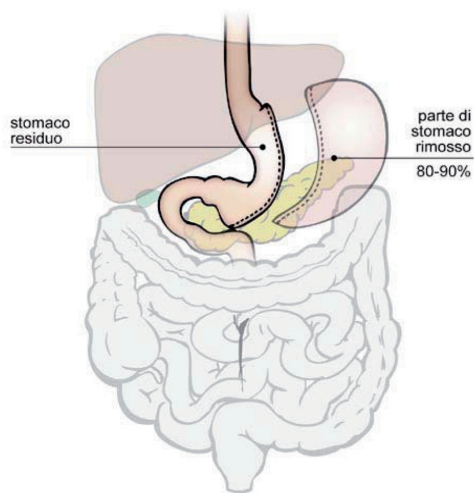
GASTROPLASTICA VERTICALE

La tasca gastrica viene ricavata con una suturatrice meccanica e rimane collegata al resto dell'organo attraverso un condotto sottile. Il cibo depositato nella tasca gastrica si svuota poi nel resto dello stomaco attraverso questo stretto passaggio. Nessuna parte dello stomaco viene asportata.



BENDAGGIO GASTRICO

In questo caso la tasca gastrica viene creata 'strozzando' la parte superiore dello stomaco con un anello di silicone. Lo 'strozzamento' (e quindi l'ampiezza della tasca gastrica) può essere variato dal medico agendo su un piccolo serbatoio collegato all'anello di silicone. Il serbatoio viene posizionato sottocute nella zona addominale. Anche in questo caso nessuna parte dello stomaco viene asportata.



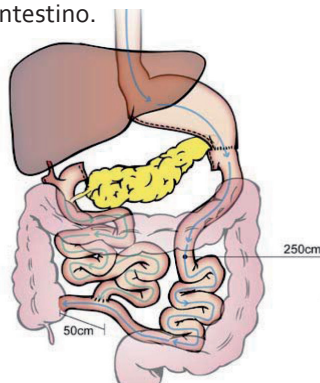
GASTRECTOMIA VERTICALE O SLEEVE GASTRECTOMY

A differenza di quelli precedenti, in questo intervento viene asportata gran parte dello stomaco tramite una sezione verticale. Il cibo quindi si deposita nel tubulo gastrico residuo per poi proseguire nell'intestino normalmente. L'intervento quindi non cambia in alcun modo il funzionamento dello stomaco ma la sua capacità, che risulta irreversibilmente ridotta.

2. Interventi malassorbitivi

In questo caso l'obiettivo è ridurre la quantità di grassi e amidi che vengono assorbiti dall'intestino.

In questo modo, la loro mancata assimilazione porta al calo di peso.



DIVERSIONE BILIOPANCREATICA

Viene asportata una parte dello stomaco e a volte la colecisti. Lo stomaco rimanente viene collegato a circa 3 metri dalla fine dell'intestino ileale. La parte di intestino che contiene gli enzimi utili per l'assorbimento viene raccordata solamente negli ultimi 50-60 cm. Il cibo segue quindi un percorso diverso dal normale. Esistono alcune varianti dell'intervento, una delle quali lascia intatto lo stomaco.

3. Interventi ad azione funzionale

Sono detti anche 'interventi misti', in quanto agiscono con un'azione di restringimento dello stomaco e un'azione metabolica.



BYPASS GASTRICO

In questo intervento viene creata una tasca gastrica non collegata al resto dello stomaco, ma direttamente all'intestino. In questo modo gran parte dello stomaco e del duodeno rimane escluso dal passaggio di cibo. È sufficiente introdurne poco per avere subito un senso di sazietà.

Una scelta di vita

La chirurgia bariatrica è un passo importante nella cura dell'obesità, ma non può da sola risolvervi il problema. Per guarire dall'obesità e stare bene dovrete decidere di accettare le regole che il vostro intervento vi imporrà.

È necessaria la piena collaborazione del paziente a cambiare radicalmente la propria condotta di vita e, soprattutto, quella alimentare giorno dopo giorno. In questo difficile percorso non sarete soli: ad assistervi ci sarà lo staff medico multidisciplinare del vostro centro di riferimento, che saprà dirvi sempre quale condotta è più indicata per il vostro tipo di intervento e le vostre problematiche personali.

LE DOMANDE PIÙ FREQUENTI

1. Dopo l'operazione posso mangiare come prima senza ingrassare?

Niente affatto! Dovete ricordarvi che proprio la dieta del passato è stata la causa principale della vostra obesità. Se non diminuite le porzioni e non imparate a scegliere bene gli alimenti, non riuscirete a mantenere nel tempo la perdita di peso raggiunta, e inoltre avrete dei disturbi perché non state collaborando con l'intervento. Nel caso di un intervento restrittivo, mangiare troppo porta alla dilatazione eccessiva della tasca gastrica, con conseguenze anche gravi. Anche nel caso di interventi malassorbitivi ci vuole impegno. Troppi grassi e troppi amidi aumentano il numero delle evacuazioni e causano gonfiore addominale con conseguenze importanti sullo stato di salute. 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.

2. E se resto incinta?

Andrà tutto bene se sarete scrupolose nel seguire le regole alimentari e nell'assumere le integrazioni multivitaminiche. Mangiare bene farà crescere il vostro bimbo ma non il vostro peso. Inoltre nulla vieta un parto per via naturale

3. Avevo quasi raggiunto il mio peso forma; non mangio tanto eppure sto mettendo su qualche chilo. Come mai?

È proprio questo il momento più critico. Mantenere il peso significa fare un bilancio giornaliero tra le calorie introdotte e quelle utilizzate. Se avete introdotto più calorie

di quelle che vi servono sarà inesorabile ricominciare ad accumulare tessuto adiposo.

Bisogna ricordare che dimagrendo il volume del vostro corpo si è ridotto e perciò ha bisogno di meno "carburante"; inoltre, ogni alimento ha un valore nutritivo diverso che bisogna imparare a individuare per gestire il risultato nel tempo. Tornare all'abitudine dei carboidrati, e dei dolci soprattutto, anche se in quantità minore, è un sicuro accumulo di massa grassa che rallenterà oltretutto il vostro metabolismo.

E purtroppo in una piccola quantità ci sono tante calorie!

Dipende dall'intervento che avete subito. 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 e rendere inutile l'operazione. Ma questo è solo un esempio, ce ne sono molti altri. Il vostro medico saprà dirvi cosa dovete evitare a tavola.

4. Quindi si tratta solo di eliminare ciò che fa male alla linea?

No, non basta. Dopo molte delle operazioni descritte, il cibo rimane

meno tempo all'interno dello stomaco e dell'intestino, oppure non passa attraverso alcune sezioni con un assorbimento modificato che non è selettivo. Per questo motivo, è possibile che anche alcuni nutrienti utili all'organismo non vengano ben assimilati.

È quindi importante seguire in maniera scrupolosa le regole alimentari che il vostro medico vi indicherà, ed eventualmente anche la supplementazione farmacologica.

5. Ho paura di sbagliare. Posso avere una dieta?

Sicuramente in passato avete seguito diete scritte da altri per voi con indicato cosa mangiare oggi e cosa domani e quante volte un alimento piuttosto che un altro. E puntualmente dopo un po' le avete abbandonate proprio perché imposte. Adesso è arrivato il momento di imparare a gestirvi.

Alla dimissione vi verrà consegnato un prospetto di rieducazione alimentare con indicate le scelte migliori e peggiori e un diario alimentare nel quale segnare tutto ciò che mangiate, quanto e in quali quantità. Un simile elenco sarà utilissimo sia a voi che al vostro medico per capire se

state seguendo correttamente le regole alimentari, ma anche per individuare facilmente gli alimenti che il vostro organismo sopporta meno e quelli invece che non vi danno problemi.

Inoltre l'impedenziometria è uno strumento validissimo per verificare come vi state comportando e valutare quanto anche i piccoli errori, se ripetuti, alterano la composizione corporea e il metabolismo. Pesandovi su questa speciale bilancia avrete quello che simpaticamente molti pazienti chiamano: "lo scontrino della verità".

6. Spesso, dopo aver mangiato, mi capita di vomitare: c'è qualcosa che non va?

Non c'è bisogno di preoccuparsi. Soprattutto nei primi mesi dopo l'operazione può capitare che lo stomaco rigetti il cibo assunto, prima di abituarsi alla nuova condizione. Seguire in maniera precisa i consigli alimentari del medico vi aiuterà a limitare al minimo questo effetto collaterale. Nel tempo gli episodi si faranno più rari fino a scomparire.

C'è da preoccuparsi solo se il problema si presenta più volte al giorno: in questo caso contattate il vostro medico, saprà individuare la causa del fenomeno.

7. Non dovrò più tornare dopo l'intervento?

Il vostro impegno a casa è fondamentale ma un intervento bariatrico richiede periodici controlli che possono essere più o meno frequenti a seconda dei casi. Servono per vedere se il vostro corpo sta reagendo bene all'operazione e sta assimilando tutti i nutrienti necessari. Può capitare ad esempio che abbiate difficoltà ad assorbire alcune vitamine o sali minerali: se è il vostro caso, il medico vi prescriverà degli integratori e dei controlli ematochimici per verificare che i livelli siano corretti. Questo è indispensabile per essere "in forma", pieni di energia per affrontare la vostra nuova vita.

Se poi dovesse capitare un momento di difficoltà nell'accettare la vostra nuova forma corporea, con un risentimento anche a livello psicologico, nel vostro centro di riferimento troverete le figure professionali specifiche che vi aiuteranno a vivere la vostra nuova dimensione.

Il progetto è promosso da



SICOB
Società Italiana Chirurgia dell'Obesità
e delle Malattie Metaboliche

081.193.13.816
segreteria@sicob.org
www.sicob.org

Consiglio Direttivo Nazionale SICOB 2013

Presidente

Marcello Lucchese

Presidente Onorario

Nicola Scopinaro

Presidente eletto

Nicola Di Lorenzo

Past President

Nicola Basso

Vice-presidenti

Cristiano Giardiello

Marco Antonio Zappa

Consiglieri

Paolo Bernante

Valerio Ceriani

Paolo Gentileschi

Luigi Piazza

Consiglieri delegati

Vincenzo Borrelli

Mirto Foletto

Consigliere affine

Ferruccio Santini

Consigliere junior

Emanuele Soricelli

Segretario

Maurizio De Luca

Tesoriere

Stefano Cariani

A cura di



Intermedia

Via Malta 12 b, 25124 Brescia
intermedia@intermedianews.it
www.medinews.it

Si ringrazia

Johnson & Johnson

MEDICAL S.P.A.