

## Dossier

### Medicina

**Lo studio**  
I vantaggi anche dal punto di vista economico

La chirurgia bariatrica può offrire vantaggi economici secondo un'analisi (che ha stimato i costi di pazienti sottoposti o meno all'intervento, mediante modelli statistici) condotta da Lorenzo Mantovani del Centro di Studio e Ricerca sulla Sanità Pubblica (CESP) dell'Università degli Studi Milano-Bicocca. Secondo lo studio considerando sia un orizzonte di 10 anni, sia l'arco di tutta l'esistenza a venire la chirurgia bariatrica risulta un'opzione efficace ed

economica per la gestione degli obesi: valutando la prospettiva generale di vita, per esempio, con l'operazione la spesa per paziente si riduce e si guadagnano oltre tre anni di vita vissuta in condizioni di salute ottimale. «L'intervento è costoso, ma in quattro anni un obeso sottoposto a chirurgia compensa le spese sanitarie che avrebbe dovuto sostenere restando obeso», conferma Nicola Di Lorenzo, presidente SICOB.

E.M.

La sala operatoria si sta dimostrando un'opzione valida. La prassi corretta prevede però la presa in carico del paziente da parte di un centro obesità, dove un'équipe deve effettuare diverse verifiche non solo per scegliere la tecnica adatta, ma anche per far capire ai candidati che sono all'inizio di un percorso

# La **chirurgia** è efficace se ha le giuste indicazioni

La stima

1,5

milioni

sarebbe il numero di italiani in teoria candidabili alla chirurgia dell'obesità. Gli interventi sono circa 15mila l'anno. Secondo gli esperti nel nostro Paese sono operati meno pazienti di quanti sarebbe forse opportuno soprattutto per carenza di risorse: sono circa 150 le strutture specializzate, ma male distribuite sul territorio e più rare al centro-sud

# G

li obesi che prendono la strada della chirurgia bariatrica sono uno su cento, stando a dati forniti da un gruppo di medici inglesi pubblicati di recente sulle pagine del *British Medical Journal*. Numeri analoghi a quelli italiani, visto che sarebbero almeno un milione e mezzo i connazionali in teoria candidabili alla chirurgia dell'obesità mentre gli interventi sono circa 15mila l'anno.

Secondo gli autori britannici confrontando i risultati possibili con il bisturi e i costi connessi a chirurgia e complicanze dell'obesità, la sala operatoria è un'opzione valida e preferibile per molti pazienti e dovrebbe essere scelta molto

più spesso. Un'opinione condivisa da Nicola Di Lorenzo, presidente della Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle malattie metaboliche (Sicob): «Nel nostro Paese vengono operati meno pazienti di quanti sarebbe opportuno, soprattutto per carenza di risorse: ci sono circa 150 strutture specializzate, ma sono mal distribuite sul territorio e più rare al centro-sud, dove invece l'obesità è più diffusa. Le liste d'attesa sono lunghe, servirebbero perciò più centri per la cura dell'obesità dove trovare team multidisciplinari che possano consigliare la strada più giusta per ciascun paziente».

L'analisi sul *British Medical Journal* sottolinea che imbarazzo, scarsa autostima e insuccessi ottenuti con diete e simili bloccano molti dal chiedere informazioni sull'opzione chirurgica. «C'è poi anche un ragionevole timore all'idea di entrare in sala operatoria, ma il registro italiano su 60mila interventi mostra che anche tenendo conto dei casi più complessi la mortalità è dello 0,17 per cento, inferiore a quella per calcolosi alla colecisti», osserva Di Lorenzo. «Molti medici hanno pregiudizi nei confronti della bariatrica, d'altro canto ci sono anche pazienti molto

motivati che vanno direttamente dal chirurgo — interviene Paolo Sbraccia, presidente della Società Italiana dell'Obesità (Sio) —. La prassi corretta prevede però la presa in carico da parte del centro obesità, dove un'équipe deve operare valutazioni non solo per scegliere l'intervento adatto, ma soprattutto per far capire ai pazienti che non esistono traguardi facili e l'operazione non è la fine, ma l'inizio di un percorso. Essere seguiti dopo la chirurgia è fondamentale per evitare di riprendere peso e scongiurare deficit nutrizionali: l'obesità è una malattia cronica e il paziente resta una persona che ha necessità di controlli

### Il «dopo»

Essere seguiti dopo la chirurgia è fondamentale per evitare di riprendere peso e scongiurare deficit nutrizionali: l'obesità è una malattia cronica e il paziente resta una persona che ha necessità di controlli

«Detto ciò», spiega Di Lorenzo, «almeno la metà dei pazienti perde peso a sufficienza, con alcuni interventi si arriva all'80 per cento. Il diabete migliora nel 90 per cento dei casi, l'ipercolesterolemia, l'ipertensione, il reflusso gastroesofageo traggono vantaggio in oltre 7 casi su 10; ci sono effetti positivi sulle apnee notturne, sull'incontinenza da stress nelle donne, sulle patologie articolari; la probabilità di tumore si riduce di quattro volte, di cinque quella di malattie cardiovascolari. La vita media di un obeso operato si allunga di circa sei anni e migliora in qualità: tutti i pazienti raccontano di sentirsi meglio, di essere tornati alla vita di relazione, di non avere più i tanti intoppi che rovinavano le loro giornate, dalla difficoltà ad allacciarsi le scarpe al fiatone salendo pochi gradini».

«Inoltre, sebbene la chirurgia venga proposta quando non ha funzionato tutto il resto, c'è ormai relativa certezza che il bisturi sia l'unica strada realmente efficace per mantenere la perdita di peso nel lungo periodo. Per capire che la sala operatoria può e deve essere un'opzione servirebbe comprendere che l'obesità è davvero una malattia: il 21 maggio scorso, in occasione della Giornata Europea dell'Obesità, tutti gli esperti hanno ribadito la necessità di definirla una patologia cronica. «L'obeso non è un simpatico ciccone che mangia troppo, ma una persona con un serio problema di salute — dice Di Lorenzo —. Sono considerate malattie le tante conseguenze dell'obesità, dal diabete all'artrosi, e non l'obesità in sé: un paradosso che contribuisce a ridurre l'accesso alla chirurgia e aumenta il senso di colpa del paziente, che spesso pensa di non essere capace di dimagrire o di essere "sbagliato". Non è così, l'obesità è una patologia e come tale va trattata con tutte le armi che abbiamo».

Elena Meli

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**I timori e lo stigma**  
Insuccessi nel dimagrire e scarsa autostima impediscono perfino di chiedere informazioni

ma di salute — dice Di Lorenzo —. Sono considerate malattie le tante conseguenze dell'obesità, dal diabete all'artrosi, e non l'obesità in sé: un paradosso che contribuisce a ridurre l'accesso alla chirurgia e aumenta il senso di colpa del paziente, che spesso pensa di non essere capace di dimagrire o di essere "sbagliato". Non è così, l'obesità è una patologia e come tale va trattata con tutte le armi che abbiamo».

Elena Meli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Eat better to drive better



Invasione Creativa

### La quinoa istantanea

Be

Play

Feel

Love

Drive

Dolce Vita è molto più di un'alimentazione sana. L'assunzione di cibi a basso indice glicemico migliora la concentrazione e sicurezza alla guida annullando la stanchezza post pranzo, dovuta ai picchi di insulina.

DOLCEVITAFOOD.COM



to be better

## Gli effetti (positivi) su ormoni e glicemia

Che cosa succede al metabolismo quando un obeso viene operato e perde 30, 40, 50 chili in pochissimo tempo? Qualcosa cambia, ma le modificazioni sono per lo più in positivo.

«Alla "centralina" nel nostro cervello che regola i meccanismi di fame e sazietà arrivano segnali diversi da prima — spiega Paolo Sbraccia, presidente della Società Italiana dell'Obesità —. I livelli di grassi e il grado di distensione dello stomaco sono due potenti indicatori di sazietà che, nel sistema nervoso centrale, inducono una risposta tale per cui smettiamo di mangiare. Oggi quasi sempre gli interventi di

chirurgia bariatrica prevedono una riduzione del volume gastrico, facilitando quindi la comparsa di una sazietà, che aiuta il paziente a mangiare molto meno senza soffrirne. Una ripercussione metabolica secondaria, ma importante, è la regressione del diabete: la glicemia in eccesso è una diretta conseguenza del sovrappeso e dell'obesità, perché l'adipe di troppo ha un effetto tossico sui tessuti e gli organi e quando si accumula nel pancreas, per esempio, porta al fallimento di un'adeguata secrezione di insulina per il controllo degli zuccheri in circolo. Dimagrire significa ridurre la lipotossicità e spesso una

## Le alternative

### La difficile strada dei farmaci antiobesità

**C'**è qualche farmaco efficace come l'intervento? «Tutti noi vorremmo poter curare l'obesità con una pillola, ma non è così semplice — risponde Paolo Sbraccia, presidente SIO —. Fino a oggi abbiamo avuto a disposizione solo orlistat, farmaco che può ridurre in parte l'assorbimento dei grassi, ma ha un'efficacia piuttosto marginale al controllo del peso». Non è miracoloso, inoltre tutte le pillole anti-grasso vengono guardate sempre con un po'

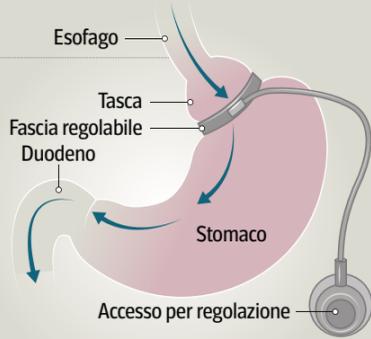
di sospetto dopo il ritiro dal mercato di sibutramina nel 2010 a causa degli effetti collaterali cardiovascolari. «Di recente è arrivato però un nuovo prodotto innovativo, che agisce a livello centrale sui meccanismi di fame e sazietà», informa Sbraccia. Stando ai dati raccolti finora può aiutare a perdere in media l'8 per cento del peso in un anno, in alcuni casi fino al 15 per cento.

**E.M.**

### I QUATTRO INTERVENTI PIÙ COMUNI

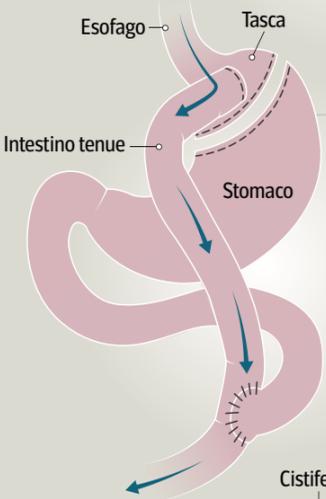
#### Bendaggio gastrico

Un anello, che può essere più o meno stretto grazie a una sorta di comando inserito sottocute, crea un restringimento dello stomaco e quindi un senso di sazietà precoce che induce a mangiare meno



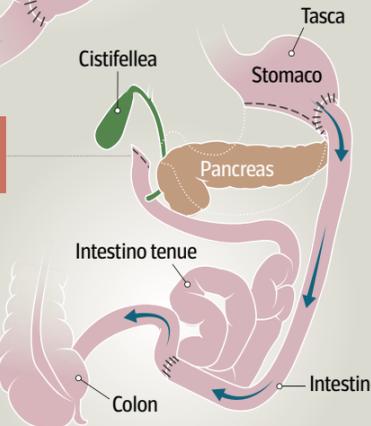
#### By-pass gastrico

Lo stomaco continua a produrre succhi gastrici ma viene «saltato», insieme al duodeno, dagli alimenti che perciò vengono assorbiti meno (solo a partire da circa metà dell'intestino tenue)



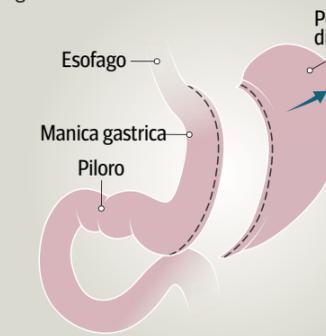
#### Diversione bilio-pancreatica

Si taglia una parte di stomaco rimpicciendolo (favorendo la sazietà), collegando la tasca gastrica rimasta con il tenue (circa a metà) per ridurre l'assorbimento di calorie. Il duodeno rimane ma a fondo cieco; vi arrivano i succhi biliari e pancreatici per digerire amidi e grassi



#### Gastrectomia a manica

Si taglia il 70-80% del volume dello stomaco lasciandone solo una piccola «manica», che impedisce di introdurre troppo cibo



Corriere della Sera / Mirco Tangherlini

### Non è per tutti

**F**unziona, può far dimagrire una volta per tutte e risolvere un bel po' di problemi. Ma la chirurgia bariatrica non è per tutti: individuare il candidato giusto con un percorso di diagnosi adeguato è necessario per ridurre al minimo i rischi.

Che esistono, eccome: una ricerca canadese pubblicata a fine anno sulla rivista scientifica *JAMA Surgery* ha fatto discutere, sottolineando che nei pazienti operati aumenta il pericolo di atti di autolesionismo fino al suicidio. Quasi tutti i 111 pazienti che hanno compiuto gesti contro se stessi, fra gli oltre 8.800 seguiti dai canadesi, avevano però precedenti di disturbo mentale: un dato che non sorprende troppo alla luce di un'approfondita analisi degli studi sul tema uscita su *JAMA* di recente, secondo cui chi si sottopone alla chirurgia bariatrica in un caso su quattro soffre di depressione e disturbi alimentari.

È vero che in una percentuale elevata i problemi si ridimensionano dopo il bisturi, tuttavia pare evidente una certa fragilità psicologica che può anche condizionare gli esiti dell'intervento. «Per questo la decisione di operarsi va presa dopo aver valutato molti aspetti del candidato, inclusi quelli psichiatrici — osserva Nicola Di Lorenzo, presidente Sicob —. Un supporto psicologico serve prima e dopo l'operazione: il cibo, per esempio, è per molti un'essenziale valvola di sfogo per compensare altre carenze, se lo riduciamo senza un sostegno si rischia un crollo emotivo che può peggiorare le condizioni del paziente. Serve anche una consulenza per la chirurgia ricostruttiva: per alcuni è uno shock vedersi cascanti dopo aver perso decine di chili, serve prepararli e offrire soluzioni».

Detto che conta individuare chi è anche emotivamente pronto a lasciarsi alle spalle l'obesità, per chi è raccomandata la chirurgia bariatrica og-

# La valutazione da fare prima dell'intervento

gi? «Si può intervenire su chi ha un indice di massa corporea superiore a 40 o superiore a 35 in caso di patologie associate, peraltro quasi sempre presenti, come diabete o simili — risponde Di Lorenzo —. C'è molta discussione in merito a bambini e ragazzi: nei Paesi Arabi, dove l'obesità riguarda oltre il 40% della popolazione, vengono operati anche i bimbi, nel nostro Paese no. Fra i 14 e i 18 anni però l'intervento può essere indicato perché risolutivo in situazioni drammatiche: negli adolescenti obesi la chirurgia è scelta solo nei casi più gravi dove di fatto è un salvavita».

Le possibilità di intervento oggi sono varie e si è superata la fase «pionieristica» degli anni 70 e 80, quando le operazioni erano complesse e più soggette a fallire: dal 2000 in poi si sono affermate le tecniche laparoscopiche mininvasive che hanno ridotto i rischi e migliorato i risultati. «Oggi si usano sul 97% dei pazienti, che percepiscono l'intervento mininvasivo come meno traumatico

#### Supporto

La decisione di operarsi deve essere presa dopo aver valutato molti aspetti del candidato, inclusi quelli psichiatrici. Un supporto psicologico serve prima e dopo l'operazione

e vi si sottopongono con meno paura, anche se nei fatti è identico — informa Di Lorenzo —. Senza dubbio però comporta meno rischi post-operatori, perché l'assenza di tagli sull'addome in pazienti spesso «difficili», per esempio perché diabetici, riduce complicanze come la formazione di ernie sulle cicatrici. Le possibilità sono tre: ci sono interventi restrittivi, in cui si riduce l'introito di cibo diminuendo lo spazio gastrico, *malassorbitivi* in cui si modifica la lunghezza dell'intestino per alterare l'assorbimento dei nutrienti, e *misti*. Gli ultimi sono i più usati, ma ogni opzione va valutata in base alle caratteristiche del singolo: anche le linee guida Sicob che saranno pubblicate a luglio sottolineano come non esista un unico intervento risolutivo per tutti. Ciascuno può essere valido, l'importante è rivolgersi a centri accreditati dove un team di esperti possa seguire il singolo caso e decidere al meglio».

**E.M.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Per saperne di più**  
Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle Malattie Metaboliche (Sicob)  
<http://www.sicob.org>

# Nausea?

## puoi vincerla

### SENZA MEDICINALI!



I bracciali P6 Nausea Control® Sea Band® sono un metodo contro il mal d'auto, il mal d'aria ed il mal di mare.

Semplici da utilizzare, agiscono rapidamente applicando il principio dell'acupressione che permette di

controllare nausea e vomito senza assumere medicinali.

Sono disponibili nelle versioni per adulti e per bambini, in tessuto ipoallergenico, lavabili e riutilizzabili oltre 50 volte.

Disponibili anche per nausea in gravidanza nella versione P6 Nausea Control Sea Band Mama.



**L'ORIGINALE**

**IN FARMACIA** È un dispositivo medico CE. Leggere attentamente le istruzioni per l'uso. Aut. Min. Sal. 06/07/2015  
Distribuito da Consulteam srl - Via Pasquale Paoli, 1 - 22100 Como - [www.p6nauseacontrol.com](http://www.p6nauseacontrol.com)

normalizzazione della funzione pancreatico, della glicemia, dei livelli di insulina».

«Nell'obeso, peraltro, l'insulina non funziona a dovere anche perché le cellule infarcite di grasso non riescono a utilizzarla: con la perdita di peso si torna verso la normalità — aggiunge Nicola Di Lorenzo, presidente Sicob —. Quanto al metabolismo basale, non si modifica in misura rilevante: la spesa energetica cresce poco perché i muscoli, anche se liberi dal grasso, consumano appena di più. Cambia però parecchio il consumo correlato all'attività fisica: tolto uno «zaino» di decine di chili che impediva loro quasi di camminare, i pazienti sono assai motivati a muoversi e fare esercizio, per cui il dispendio giornaliero complessivo tende a salire». L'obeso operato passa dall'essere quasi immobile a riuscire a fare passeggiate

quotidiane, quando non un vero e proprio sport, e questo comporta vantaggi metabolici generali. In più, diversi sistemi ormonali si normalizzano: «L'obesità su base endocrina è lo 0.5 per cento dei casi, nel resto dei pazienti le disfunzioni tiroidee od ovariche, molto comuni, non sono causa bensì effetto dell'eccesso di peso: dimagrire riporta tutto in equi-

#### I regolatori coinvolti

La grelina, che stimola l'appetito, diminuisce e aumenta la leptina che promuove la sazietà

#### Il diabete in regola

Dimagrire porta a una normalizzazione anche dei livelli di insulina, che controlla gli zuccheri

brío — riprende Di Lorenzo —. Infine, si modifica anche la secrezione degli ormoni essenziali per la regolazione di fame e sazietà: la grelina, che stimola l'appetito, è secreta dallo stomaco perciò quando si riduce il volume dell'organo con la chirurgia ne diminuisce la quantità; la leptina, che promuove la sazietà, aumenta perché il cibo arriva e transita in modo diverso nel tratto gastrointestinale. Risultato, il funzionamento del metabolismo ormonale è generale dopo l'intervento è più virtuoso e aiuta a tenere meglio sotto controllo il peso».

Non avviene insomma un «reset» metabolico orientato al risparmio energetico, come può accadere con le diete troppo drastiche, ma tutto vira verso un riequilibrio generale che serve a non riprendere i chili.

**E.M.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA