

GUIDA ALLA CHIRURGIA BARIATRICA

Centro di eccellenza SICOB (Società Italiana Chirurgia dell'Obesità)



ERAS (*Enhanced Recovery After Surgery*)
MIGLIOR RECUPERO DOPO LA CHIRURGIA



**Policlinico
San Marco**

Gruppo San Donato

**Unità Operativa
di Chirurgia Generale**
Direttore: Prof. Stefano Olmi

Benvenuto!

Benvenuto nel mondo della chirurgia bariatrica!

Se stai leggendo questo libretto significa che ti sei reso conto che l'obesità è una malattia cronica e che stai cercando una soluzione definitiva.

Ti verrà spiegato che l'intervento chirurgico è parte di un percorso che vede te stesso come attore protagonista e noi come tuoi sostenitori e accompagnatori. Sarà infatti fondamentale per il successo della chirurgia bariatrica che tu non ti senta mai solo ma ti viva come collocato all'interno di una rete di protezione, formata dall'equipe multidisciplinare e, se vorrai, da altre persone che prima di te si sono rivolte alla chirurgia bariatrica.

La tua equipe è composta da chirurghi, cardiologi, anestesisti, pneumologi, infermieri, dietisti, psicologi ed il personale della segreteria bariatrica.

Di noi tutti avrai i recapiti telefonici e potrai contattarci per qualsiasi dubbio o perplessità, in ogni tappa del tuo percorso.

Comprendiamo bene quanto possa essere difficile per te, dopo anni di diete e relativi fallimenti, trovare la motivazione per rimetterti in gioco e pensare fiducioso che questa possa essere la soluzione al problema dell'obesità, tuttavia la tua partecipazione attiva al progetto è necessaria e fondamentale. Considera che si tratta di un programma per tutta la tua vita che ti aiuterà a liberarti dall'obesità e dalle comorbidità ad essa connesse, quali l'ipertensione, il diabete, i dolori articolari.

Prof. Stefano Olmi

Direttore Centro di Chirurgia dell'obesità

Chi siamo

Il nostro **Centro di Chirurgia dell'obesità**, diretto dal Prof. Stefano Olmi, è da anni Centro di eccellenza SICOB (Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle malattie metaboliche) e **punto di riferimento a livello italiano per la cura dell'obesità**, grazie a quasi 1.400 interventi l'anno e al continuo perfezionamento delle tecniche chirurgiche. Presso il Centro vengono eseguiti **tutti i principali interventi di chirurgia bariatrica** (sleeve gastrectomy, sleeve con plastica antireflusso gastrico, by pass, mini by pass, Bariclip, Sadi- S). Particolare attenzione è posta anche al problema del **reflusso gastroesofageo con interventi mirati a eliminare definitivamente il problema** (come la sleeve modificata con plastica antireflusso). Altro fiore all'occhiello è **la chirurgia di revisione per risolvere il problema del recupero di peso o per la comparsa di reflusso acido o biliare**. Tutti gli interventi vengono eseguiti in **laparoscopia**, cioè attraverso **quattro piccole incisioni** che comportano minore stress e dolore postoperatorio rispetto all'intervento "tradizionale".

L'attività del Centro di Chirurgia dell'obesità si inserisce all'interno dell'Unità di Chirurgia Generale e Oncologica, che da anni è Centro di riferimento ACOI (Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani) per la chirurgia laparoscopica avanzata e Centro di eccellenza accreditato dalla EAES (European Association for Endoscopic Surgery), **la società scientifica più importante a livello europeo per la chirurgia laparoscopica e mini-invasiva**.

I nostri punti di forza

- **Esperienza decennale** maturata in anni di confronto con i più alti standard internazionali
- Ricerca scientifica sulle **nuove tecniche chirurgiche bariatriche**, sul metabolismo, sul diabete e sugli effetti dell'obesità
- Continuo **perfezionamento** delle tecniche chirurgiche
- Utilizzo delle migliori e più **innovative tecniche e dispositivi chirurgici**
- Utilizzo routinario della **laparoscopia**
- Applicazione del **protocollo ERAS** (Enhanced Recovery After Surgery, ossia miglior recupero dopo l'intervento chirurgico)
- **Equipe multidisciplinare a disposizione** del paziente durante tutto il percorso di cura

Che cosa è la chirurgia bariatrica

L'obesità è una malattia cronica, seria e debilitante, che colpisce circa l' 11% della popolazione italiana. Sei milioni sono gli italiani obesi ed è un dato in crescita costante e preoccupante, complici stile di vita scorretto, alimentazione non equilibrata e sedentarietà. Di questi pazienti il 10 % ha un diabete di tipo II legato all'obesità.

Si parla di obesità quando c'è **un eccessivo accumulo di grasso corporeo** ed il parametro più utilizzato per misurare il grado di obesità è il cosiddetto BMI (Body Mass Index). Si parla genericamente di obesità quando il BMI è superiore a 30, ed esistono diversi livelli di gravità:

BMI tra 30 e 34.9 obesità di I grado

BMI Tra 35 e 39.9 obesità di II grado

BMI maggiore di 40 obesità di III grado

Il primo passo per **sconfiggere l'obesità è riconoscerla ed affrontarla** come una vera e propria patologia che condiziona la vita di chi ne è affetto. Le energie e la voglia di muoversi ed eseguire una sana attività fisica declinano a ogni chilo che si aggiunge al nostro corpo. **Persino una passeggiata può diventare difficile**: sudorazione importante, mancanza di fiato e dolori. **Risulta difficile allacciarsi le scarpe o addirittura lavarsi**.

A causa dell'obesità si sviluppano malattie metaboliche gravi che facilmente diventano croniche e difficilmente risolvibili con la terapia medica.

Ipertensione, malattie cardiovascolari e diabete mellito sono solo alcune tra le più importanti patologie che si sviluppano con l'obesità. Il sonno notturno è disturbato dall'eccessivo peso, senza che ce ne rendiamo conto andiamo in apnea, arriva meno ossigeno al nostro organismo, dormiamo male e durante la giornata siamo stanchi e svogliati. L'obesità è una patologia cronica che si associa a problematiche articolari da sovraccarico, a tumori (colon, mammella, fegato), a reflusso gastro-esofageo, impotenza sessuale e steatosi epatica. L'obesità è la quinta causa di mortalità globale. **L'obesità è una malattia cronica da cui si può e si deve guarire per rinascere a una vita migliore!**

Come siamo fatti - 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 poi digerito ed assimilato dall'organismo.

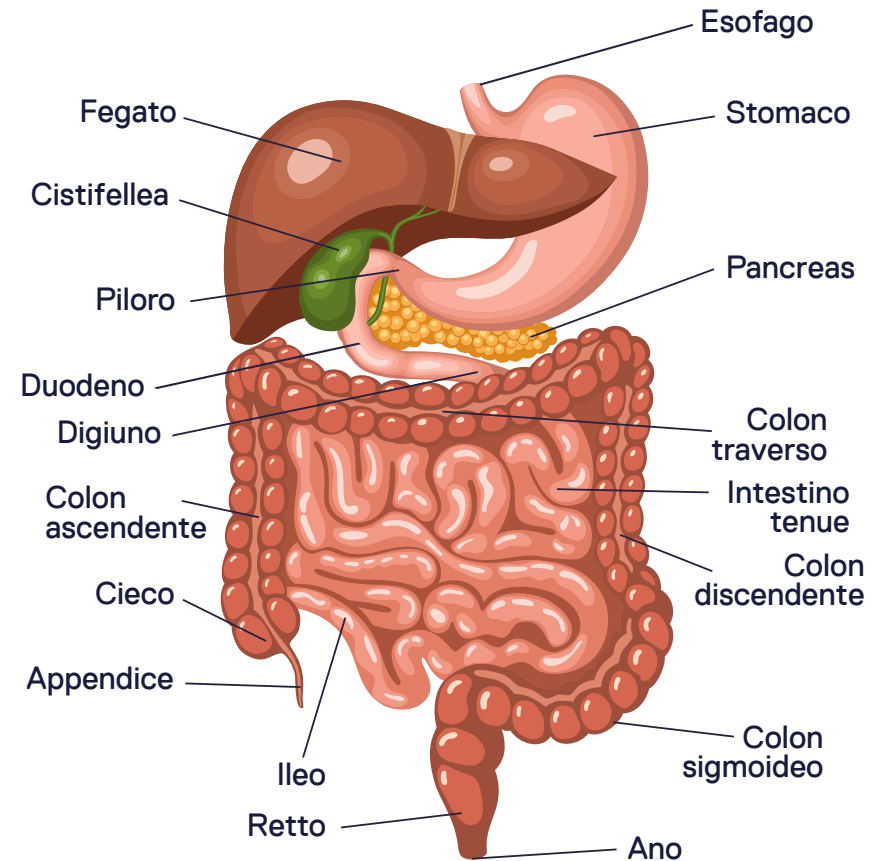
ESOFAGO: è un canale lungo circa 25 cm che collega la bocca allo stomaco. Le sue pareti sono costituite da fasce muscolari lisce che, contraendosi, spingono il bolo alimentare in basso, verso lo stomaco.

STOMACO: è una sacca elastica contenente enzimi e acidi che hanno il compito di attaccare il cibo per scomporre le sue componenti (proteine, grassi, carboidrati...) in sostanze più semplici e facilmente assorbibili. Le pareti di questo organo sono ricoperte da uno strato di muco che le 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'intestino. Si tratta di un organo a forma di tubo lungo circa 6-10 metri ripiegato più volte su se stesso. L'intestino è diviso in due parti:

- **Intestino tenue:** il chimo passa attraverso il duodeno (un collegamento a forma di C che esce dallo stomaco) dove incontra i succhi digestivi prodotti dal pancreas e dal fegato (bile) per poi raggiungere il digiuno: qui tutti i nutrienti del cibo vengono assorbiti rapidamente dalle pareti intestinali, immessi nel sangue e resi disponibili per l'organismo. Alcuni nutrienti, invece, vengono assorbiti nel tratto successivo, l'ileo.

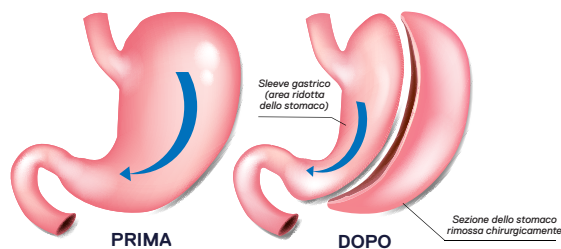
- **Intestino crasso:** ciò che resta del cibo, ovvero il chilo, entra nell'intestino crasso. Questo tratto è più corto ed ha un diametro più ampio (7 cm circa) rispetto all'intestino tenue. Ciò che non è utile per l'organismo viene inviato come scarto all'ultima parte dell'intestino, il colon sinistro ed il retto. Qui estratti gli ultimi pochi nutrienti rimasti, i residui sono compattati nelle feci, che vengono poi espulse.



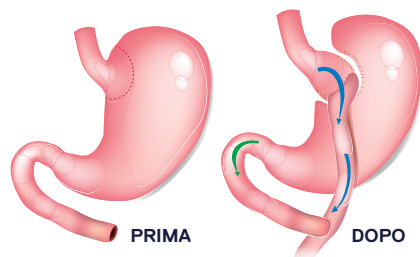
Gli interventi che eseguiamo nel nostro centro

Per risolvere il problema dell'obesità e delle comorbidità a essa legate esistono diversi interventi che possiamo dividere in:

- **Restrittivi:** comprendono la gastroplastica verticale, il bendaggio gastrico, la sleeve gastrectomy ed il Bariclip. Si basano sulla riduzione del volume gastrico, attraverso un bendaggio regolabile che può accogliere circa 30-50 cm³ di cibo, oppure 150-180 cm³ con la sleeve gastrectomy, la plicatura ed il Bariclip. La sleeve gastrectomy permette di ridurre il volume dello stomaco, la capacità d'ingestione di cibo e la fame nervosa (condizione possibile grazie alla rimozione dei recettori degli ormoni della fame, la grelina e la leptina).

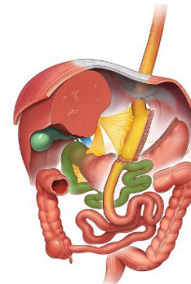


- **Misti:** trovano spazio nel bypass gastrico che riduce il volume della tasca dello stomaco e la superficie intestinale destinata all'assorbimento.



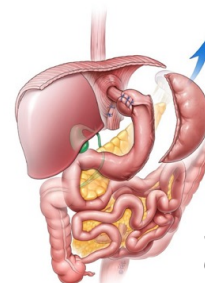
By Pass Gastrico (RYGBP)

- **Malassorbitivi:** si identificano nella diversione biliopancreatica e soprattutto nel mini by-pass gastrico; sono mirati alla riduzione delle dimensioni dello stomaco modificandone il processo digestivo e modificando la superficie intestinale destinata all'assorbimento.



Mini by pass gastrico

- Esistono poi modifiche di alcuni interventi come la **Sleeve gastrectomy associata a una plastica antireflusso a 360°** o **Rossetti-Sleeve** che i pazienti simpaticamente chiamano "sleeve con il cravattino". Oltre ad essere restrittivo come la sleeve con tutti i suoi vantaggi nella perdita di peso e nella risoluzione delle comorbidità è associato a una piccola plastica antireflusso (confezionata utilizzando una minima parte del fondo gastrico) che risolve l'invalidante problema del reflusso gastroesofageo (presente nel 30% - 50% dei pazienti) e dell'esofagite che un buon numero di pazienti lamenta dopo una sleeve tradizionale o dopo altri interventi come by pass e mini by pass gastrico.



Sleeve modificata con plastica antireflusso

- Il nostro centro tra i più importanti in Italia, si occupa anche della cosiddetta chirurgia di revisione per risolvere gli insuccessi cioè **si rivolge a pazienti con problemi di obesità recidiva o a pazienti con problemi di reflusso gastrico e biliare** con o senza esofagite. Tutti gli interventi sono eseguiti in laparoscopia con minimo dolore e rapida ripresa delle attività fisiche e lavorative e con una degenza di 2 giorni.

Le complicanze della chirurgia bariatrica

Innanzitutto è importante che questi interventi vengano eseguiti in **strutture specializzate** con a disposizione terapia intensiva, endoscopia, cardiologia e unità coronarica. Il paziente obeso è un paziente complesso e fragile nonostante la mole. I **rischi** associati a questi interventi **sono rari** grazie all'utilizzo della **laparoscopia** e di strumenti innovativi ed altamente performanti come i **dissettori a radiofrequenza** o a **ultrasuoni** che permettono una dissezione con coagulo e sezione dei tessuti e dei vasi senza sanguinamenti e l'utilizzo di suturatrici con **smart technology** che possono essere controllate con una sola mano, che rilevano lo spessore del tessuto ed adeguano la velocità di posizionamento dei punti in titanio e che sono provviste di cariche con tripli punti di sutura ad altezza variabile per eliminare problemi di sanguinamento e realizzare una chiusura ermetica dei tessuti e dei visceri cavi.

Tuttavia è possibile avere dei **sanguinamenti (1 - 2 %) nel post operatorio** che l'utilizzo di un drenaggio ci permette di monitorare sul da farsi se procedere in maniera conservativa, eseguire una trasfusione oppure rioperare il paziente sempre per via laparoscopica.

L'altra complicanza **(1 - 2 %) comune a tutti gli interventi bariatrici è la comparsa di una fistola** cioè di una piccola apertura nella linea di sutura meccanica con fuoriuscita di materiale gastrico, biliare o enterico. Tale complicanza può essere precoce ovvero nell'immediato post operatorio o a distanza di un tempo variabile dai 10 ai 20 gg post operatori. È una complicanza importante che insorge con febbre e dolore tipico all'addome irradiato alla spalla sx e che va trattata quanto prima e possibilmente nei centri specializzati e **se le condizioni lo permettono è bene che il paziente ritorni nel centro dove è stato operato.**

Il protocollo ERAS: che cosa è quali sono i benefici

Il protocollo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery, ossia miglior recupero dopo l'intervento chirurgico) rappresenta un nuovo metodo innovativo per prenderci cura dei nostri pazienti sottoposti a interventi di chirurgia bariatrica. Tale protocollo ha l'obiettivo di supportare il recupero attivo dei pazienti dopo l'intervento chirurgico.

ERAS è un programma di cura composto da diversi elementi basati sulla migliore scienza medica disponibile e si focalizza sul coinvolgimento attivo del paziente in tutto il percorso prima e dopo intervento.

Gli aspetti principali del protocollo riguardano:

- la pianificazione e la preparazione prima del ricovero, incluso il miglioramento della forma fisica prima dell'intervento chirurgico;
- la riduzione dello stress fisico dell'operazione;
- un approccio strutturato alla gestione durante la degenza ospedaliera, inclusi sollievo dal dolore e nutrizione precoce;
- l'abilitazione al movimento del paziente dopo l'intervento il prima possibile.

Il programma ERAS è sviluppato e gestito da un team multidisciplinare che include chirurghi, anestesisti, infermieri, dietisti, psicologi e altre figure professionali che lavorano insieme durante l'intero percorso del paziente¹.



¹ Fonte: <https://erassociety.org/patients/>

Il percorso di chirurgia bariatrica

Gli esami di idoneità e il prericovero

Secondo le direttive della SICOB Società Italiana di Chirurgia dell'obesità, **il trattamento chirurgico bariatrico** può essere adottato in pazienti che hanno un'età compresa tra i **18 e 68 anni** e sono affetti da **obesità di terzo grado** cioè con un BMI superiore a 40 oppure pazienti con obesità di I e II grado affetti da una o più patologie legate al sovrappeso.

Oltre al BMI è fondamentale **valutare il paziente a 360 gradi** analizzando la storia clinica, eventuali patologie associate (come la presenza del GERD che si associa al 40% dei pazienti obesi) ed è fondamentale avere un'equipe multidisciplinare (nutrizionista, psicologo, cardiologo, pneumologo) che segua il paziente prima, durante e dopo l'intervento.

La prima visita è una valutazione chirurgica.

Qualora venga giudicato idoneo, si procederà con ulteriori accertamenti clinici:

- visita di idoneità dietistica e psicologica;
- visita cardiologica con ECG;
- esofagogastroduodenoscopia (EGDS);
- polisonnografia;
- manometria esofagea nei pazienti con reflusso gastro-esofageo
- prelievo del sangue;
- ecografia dell'addome;
- consulto infermieristico.

Qualora fosse necessario verranno effettuati ulteriori valutazioni/esami con lo scopo di diminuire al massimo i rischi legati all'intervento.

Alla luce di tutte le valutazioni e degli esiti degli accertamenti, **il team multidisciplinare** valuterà il **tipo di intervento** più idoneo per Lei.

Durante il prericovero Le verrà illustrato in dettaglio l'intervento al quale sarà sottoposto e Le verrà sottoposto il consenso informato. Eseguirà ECG e Rx torace, visita anestesologica ed esami del sangue.

Come prepararsi al ricovero

Lo stile di vita



La invitiamo a dedicare del tempo a una **regolare attività fisica**, fondamentale per preparare al meglio l'organismo all'intervento chirurgico. Un valido esercizio pre-operatorio **aiuta una più rapida ripresa dell'organismo** dopo l'intervento e contribuisce ad una riduzione delle complicanze post - operatorie.



Se beve abitualmente **vino** o altri **alcolici**, La invitiamo a **sospenderli il prima possibile** in vista dell'intervento chirurgico.



Se fuma, La invitiamo a **smettere il prima possibile**. Questo riduce in maniera significativa le complicanze respiratorie post-operatorie.

La dieta

Prima dell'intervento di chirurgia bariatrica è **fondamentale ridurre il peso** con il fine di ottenere numerosi benefici come:

- limitare i rischi operatori (tempistiche più brevi, intubazione meno difficoltosa, minor rischio anestesologico);
- diminuire il volume del fegato offrendo al chirurgo un campo operatorio più semplice;
- migliorare il recupero post operatorio.

Per questi motivi, per **i 14 giorni che precedono l'intervento** le verrà indicato **di sostituire la cena con un prodotto dietetico specifico** per i pazienti che dovranno essere sottoposti a chirurgia bariatrica.

Inoltre le sarà richiesto di **seguire le specifiche istruzioni comportamentali** necessarie per ottenere una guarigione senza complicanze e mantenere i benefici dell'operazione nel lungo periodo.

Il giorno del ricovero

L'accoglienza

Il giorno del ricovero sarà atteso e accolto in reparto all'orario indicatoLe dalla Segreteria di Chirurgia Bariatica.

In vista del ricovero, è importante che Lei segua alcune indicazioni:

- il mattino del ricovero o la sera prima è raccomandato effettuare una doccia;
- è necessario presentarsi con le unghie tagliate e senza smalto, con viso pulito e privo di cosmetici;
- è consigliato lasciare gioielli a casa in quanto non possono entrare in sala operatoria;
- è opportuno rasare la barba.

Dal reparto alla sala operatoria per l'intervento

Il personale del reparto La farà accomodare su una carrozzina e La accompagnerà dalla sua camera all'ingresso del blocco operatorio.



Focus: l'anestesia

Desidero informarLa su come **si svolgerà l'anestesia** per il Suo intervento.

Durante le varie fasi di questo processo non sarà mai da sola/o: una o più persone del nostro team saranno sempre con Lei e si prenderanno cura di Lei.

Ingresso in blocco operatorio

Un'infermiera ed un operatore sanitario La accoglieranno nel blocco operatorio.

Le faranno alcune domande per verificare il suo consenso all'intervento ed all'anestesia e che siano state rispettate le indicazioni preoperatorie.

Queste brevi domande sono molto utili alla nostra equipe per evitare errori ed imprecisioni nelle fasi successive. Questa semplice procedura è in accordo con le raccomandazioni internazionali. **Le persone che La accolgono La faranno sdraiare su un letto mobile adeguato alla sala operatoria.** Insieme troverete la posizione più comoda per attendere l'intervento.

Sala preparazione

Le persone che l'hanno accolta la trasporteranno nella **zona di preparazione in vicinanza dalla sala operatoria.** Qui incontrerà il medico anestesista e l'infermiera di anestesia che si occuperanno di Lei durante l'intervento. Misureranno pressione e frequenza cardiaca e **metteranno una sottile cannula in una vena periferica.** Questa cannula servirà ad **iniettare gli antibiotici ed i farmaci necessari all'anestesia durante l'intervento.** L'incannulamento è

Sala operatoria

La sala operatoria viene pulita e controllata prima di iniziare gli interventi e tra ogni intervento e il successivo. Questo riduce molto il rischio di contrarre infezioni durante l'intervento. Lei verrà trasportato in sala operatoria solo quando completamente pronta. **Un monitor registrerà i suoi parametri vitali durante tutto l'intervento.** Inizierà quindi **l'anestesia generale** vera e propria.

Pre - induzione

In questa fase respirerà ossigeno ad alta concentrazione da una maschera morbida applicata al suo volto. Sarà molto importante la sua collaborazione: dovrà respirare molto profondamente dal naso, seguendo le istruzioni dell'anestesista. È fondamentale riempire bene i polmoni di ossigeno, per evitare rischi nelle fasi successive.

Induzione dell'anestesia generale

Le verranno **iniettati farmaci diversi** che hanno i seguenti scopi: **evitare il dolore; abolire la normale ansia e preoccupazione che tutti i pazienti provano rispetto all'intervento chirurgico; indurre il sonno profondo; rilassare la muscolatura addominale per permettere al chirurgo di lavorare.**

L'insieme di tutto ciò viene chiamato anestesia generale e farà sì che **Lei non si accorga di nulla durante l'intero intervento.** Dopo che Lei si sarà addormentato/a, e prima che il chirurgo inizi, **verrà sistemato un tubo nelle vie aeree che Le permetterà di respirare durante l'intervento,** perché connesso con un respiratore automatico. **Il tubo verrà rimosso al risveglio:** non si accorgerà della sua presenza. Useremo farmaci e tecniche varie seguendo i protocolli che hanno mostrato i migliori risultati di efficacia e sicurezza.

Risveglio

Al termine dell'intervento **smetteremo di somministrare i farmaci** che mantengono l'anestesia e **Lei gradualmente riprenderà coscienza.** Sentirà sempre più chiaramente le nostre voci che la chiamano. Segua con fiducia le istruzioni che le daremo. **Non si spaventi se avrà accessi di tosse:** sono normali dopo l'anestesia generale. Avvertirà dolore all'addome: non si preoccupi, è normale e non è pericoloso, inoltre Le somministreremo tutti gli antidolorifici necessari e il dolore diminuirà presto. Al Suo risveglio, **il chirurgo avviserà telefonicamente i suoi cari che l'intervento è terminato.**

Sala risveglio

Dopo aver ripreso coscienza la trasporteremo **dalla sala operatoria alla sala risveglio.** Proseguirà il monitoraggio dei parametri vitali. Sarà seguito/a da un'infermiera e da un operatore sanitario, sotto la supervisione dell'anestesista. Le daremo, per via endovenosa, gli antidolorifici ed i farmaci di cui avrà bisogno. **L'anestesista La controllerà e deciderà quando potrà essere nuovamente trasportata nella sua camera con piena sicurezza.**

Rimarremo comunque a Sua disposizione, tramite i medici del reparto di chirurgia, per ulteriori esigenze nel periodo postoperatorio.

Dr. Giovanni Vitale
Team di Anestesia e Rianimazione

Il post intervento

Il ritorno in stanza

Dopo l'intervento chirurgico farà **rientro in reparto** oppure **verrà condotto in Terapia Intensiva.** Al rientro in reparto avrà **un accesso venoso periferico** attraverso cui verrà somministrato **supporto idro-elettrico** nelle prime 24 ore dopo l'intervento.

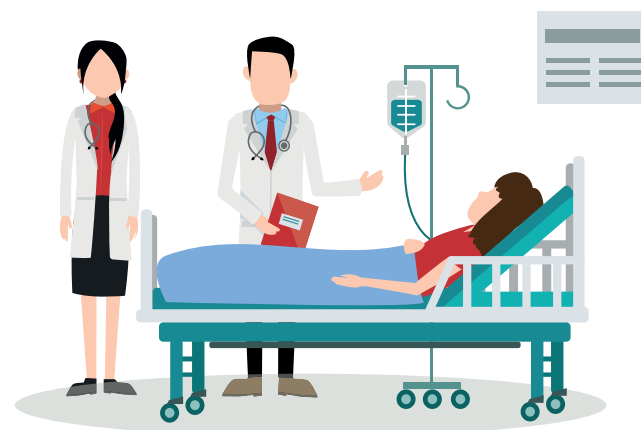
Il controllo del dolore

Fondamentale è il controllo del dolore dopo l'intervento. Un buon controllo del dolore **permette una miglior ripresa dell'attività motoria, un'ottimizzazione dell'attività respiratoria, un sonno ed un riposo migliori** e quindi un'ottimizzazione del decorso post-operatorio.

Il personale infermieristico **interogherà il paziente almeno 2 volte al giorno** in merito al dolore **utilizzando una scala da 0 a 10.** Sia preciso nella definizione del dolore in modo da poterlo gestire nel migliore dei modi.

Il giorno dell'intervento **verranno somministrati ad orari prestabiliti antidolorifici per via endovenosa** e ne avrà altri al bisogno da richiedere al personale infermieristico.

Il primo giorno dopo l'intervento invece la copertura antidolorifica **sarà impostata ad orari fissi** per bocca come terapia al bisogno





Il controllo della nausea

Fondamentale oltre al controllo del dolore è il **controllo della nausea** che verrà gestita con la **somministrazione di antiemetici al bisogno**. Per ottenere una rapida ripresa dall'intervento chirurgico ed un regolare decorso post-operatorio centrali sono la precoce **ripresa dell'alimentazione e dell'idratazione per bocca** e alla rapida **ripresa dell'attività motoria**. In quest'ottica sono quindi richiesti un ottimo controllo del dolore e della nausea.

La ripresa dell'attività motoria

La mobilizzazione inizierà il **giorno stesso dell'intervento**. Il **giorno dopo l'intervento** chirurgico è raccomandato **rimanere fuori dal letto per almeno 2 ore** passeggiando per i corridoi.

La dieta post operatoria

Potrà iniziare a **bere poche ore dopo l'intervento**. Dal primo giorno dopo l'intervento verrà ripresa l'alimentazione **iniziando dalla fase liquida del protocollo dietetico**. Dopo la dimissione potrà iniziare ad alimentarsi seguendo **le indicazioni comportamentali e dietetiche fornite dalla dietista**.

Il follow up

Dopo l'intervento chirurgico, è importante seguire il **programma di follow up** che Le indicherà lo specialista.

La visita di controllo consiste con il **colloquio con il chirurgo**, Le visite di controllo con il chirurgo, **ed eventualmente la dietista e la psicologa**, saranno programmate a 1 mese dall'intervento chirurgico, a 3 mesi, a 6 mesi, a 1 anno e dal primo anno in poi, ogni anno.

Attraverso i colloqui è possibile seguire l'**andamento della perdita di peso**, effettuare **correzioni nell'abitudine alimentare**, **correggere eventuali terapie**, **prevenire, identificare e trattare l'insorgere di eventuali complicanze** a lungo termine della chirurgia.



CONTATTI

Segreteria Chirurgica Bariatrica

Telefono: 035.886317

Solo Whatsapp: 331.6344358

Unità Operativa di Chirurgia

Telefono: 035.886345



**Policlinico
San Marco**
Gruppo San Donato

ERAS® Society
Inspiring Participative Care Worldwide