



COMITATO SCIENTIFICO

Giuseppe Cavallaro
Lavinia Clemente
Ilenia Coluzzi
Francesco De Angelis
Sara Giovampietro
Angelo Iossa
Giulio Lelli
Alessandra Micalizzi
Stefano Nuzzo
Emanuela Paone

ANNI DI OAGB

MATURITÀ RAGGIUNTA? CORSO LIVE
SU TECNICA, GESTIONE, CURIOSITÀ E
SUL "PERCHÉ IO LO FACCIO COSÌ"

LATINA, Venerdì 27 Giugno 2025

Direttore del Corso: Prof Angelo Iossa
Presidente onorario: Prof Giuseppe Cavallaro



CONGRESSO REGIONALE
SICOB LAZIO

GESTIONE NUTRIZIONALE PRE E POST OAGB

DOTT.SSA SILVIA DE CAVE LOZZI
BIOLOGA NUTRIZIONISTA

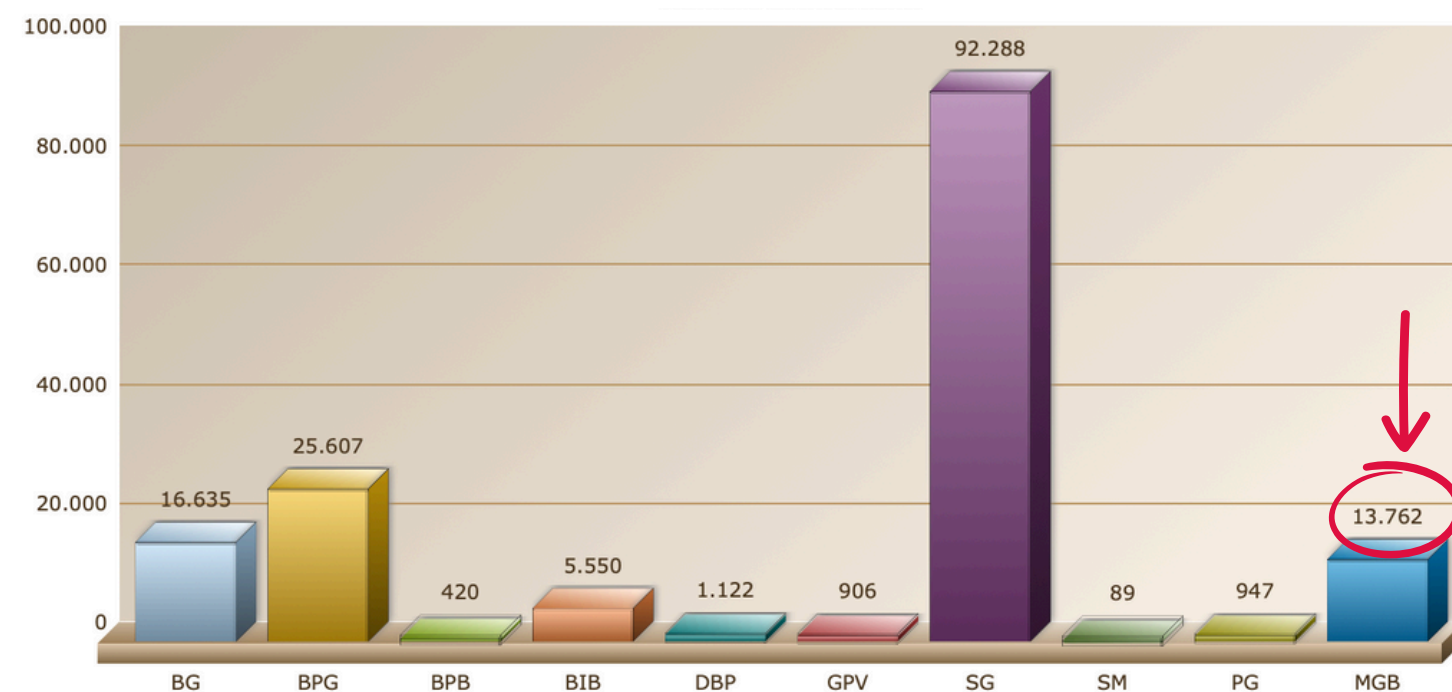
Unità operativa della UOC Università di Chirurgia Generale
a direzione Universitaria

ICOT - Istituto Marco Pasquali (LT)

STATISTICA NAZIONALE 2024

NUMERO DEI PAZIENTI INSERITI AD OGGI **144.946** SUL TERRITORIO NAZIONALE

numero di accessi del centro 13.719

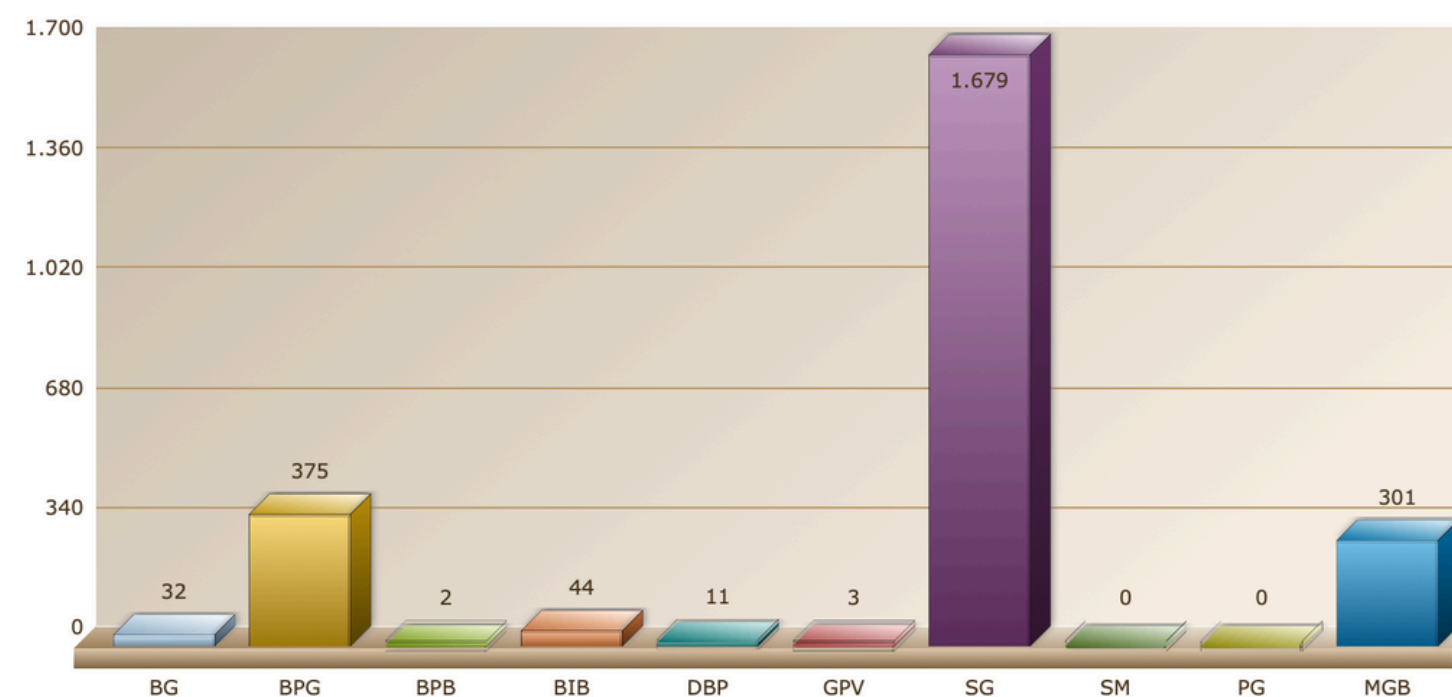


ICOT Istituto Marco Pasquali - Latina

STATISTICA LOCALE 2024

NUMERO DEI PAZIENTI INSERITI AD OGGI **2.330** DAL MIO CENTRO

numero di accessi del centro 357



TIPO DI INTERVENTO	CASISTICA	MASCHI	FEMMINE	ETA'		
				Media	Min	Max
Bendaggio gastrico	32	1	31	43,97	19	65
By pass gastrico	375	88	287	48,74	22	73
By pass biliointestinale	2	0	2	56,50	54	59
Pallone intragastrico	44	9	35	42,89	14	67
Diversione biliopancreatica	11	4	7	48,55	34	57
Gastroplastica verticale	3	1	2	36,33	25	52
Sleeve gastrectomy	1.679	326	1.353	42,72	10	71
Super Magenstrasse	0	0	0	45,83	20	71
Plicatura gastrica	0	0	0	0,00	0	0
Mini gastric bypass	301	84	217	45,83	20	71
TOTALI	2.447	513	1.934			

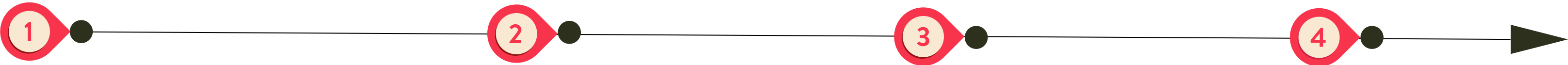


In linea con le direttive internazionali, prima della chirurgia barbarica, i pazienti ricevono una **valutazione preoperatoria multidisciplinare.**

Identification and Association of Obese Patients Seeking Bariatric Surgery with Lifestyle and Eating Patterns: One-Year Observational Study in Italy and Proposal of Eating-Pattern Based Decision-Making Process

Angelo Iossa*, Alberto Di Biasio, Ilenia Coluzzi, Maria Chiara Ciccioriccio and Gianfranco Silecchia
Department of Medical-Surgical Science and Biotechnology, University of Rome, Italy

PROTOCOLLO NUTRIZIONALE PREOPERATORIO



I VISITA NUTRIZIONALE PREOPERATORIA

II VISITA NUTRIZIONALE PREOPERATORIA

III VISITA NUTRIZIONALE PREOPERATORIA

IV VISITA NUTRIZIONALE PREOPERATORIA

ANAMNESI FAMILIARE E FISIOLOGICA: storia del peso, precedenti tentativi dietetici, eventuale somministrazione concomitante di OMA, stile di vita, attività fisica e lavorativa
ANAMNESI PATOLOGICA (remota e prossima) e terapia farmacologica in corso;
VALUTAZIONE ESAMI EMATOCHIMICI prescritti dal chirurgo per rilevare eventuali deficit di micronutrienti e/o alterazioni metaboliche che richiedano integrazione pre-operatoria;
VALUTAZIONE ANTROPOMETRICA: peso, altezza, BMI, circonferenza vita, circonferenza fianchi, rapporto vita/fianchi;
ANAMNESI ALIMENTARE: 24h recall e consegna del 7dR per l'analisi delle abitudini alimentari, comportamentali e l'identificazione di pattern alimentari disfunzionali.

ANALISI ACCURATA del 7dR e PRESCRIZIONE DI UN PIANO DIETETICO PERSONALIZZATO (LCD, VLCD, VLCKD)

VALUTAZIONE DEL CALO PONDERALE del paziente e **DELL'ADERENZA ALLE INDICAZIONI NUTRIZIONALI;** correzione dei comportamenti alimentari disfunzionali e **educazione alimentare** con supporto di diario alimentare

VALUTAZIONE FINALE per idoneità all'intervento e **ELABORAZIONE DELLA CONSULENZA DIETETICO-NUTRIZIONALE**

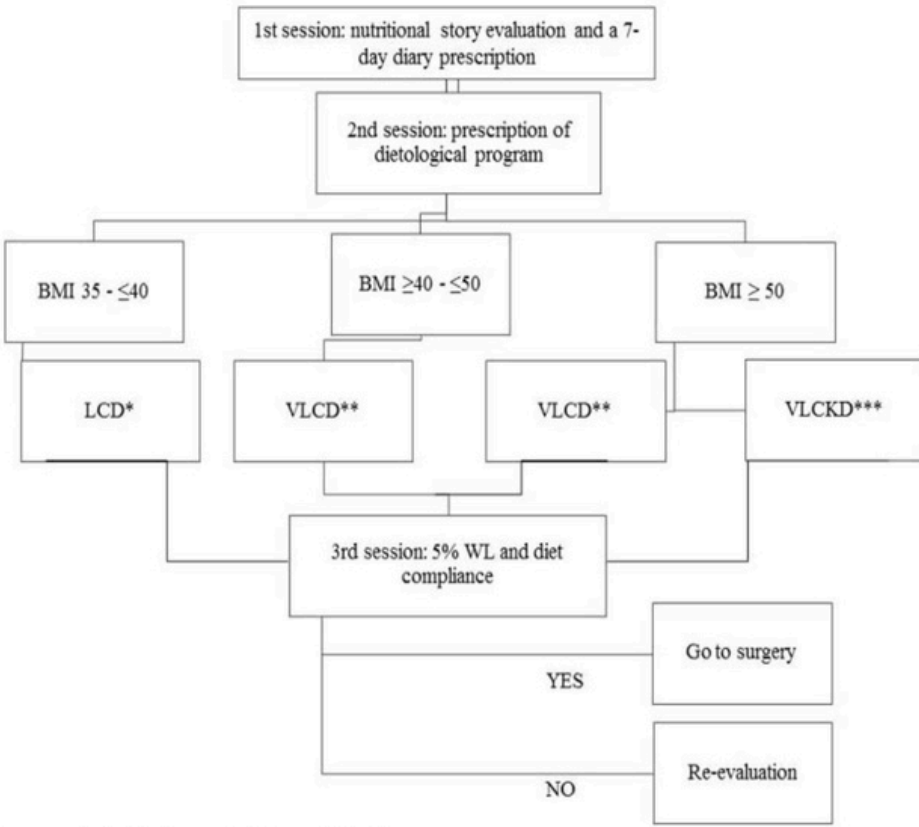
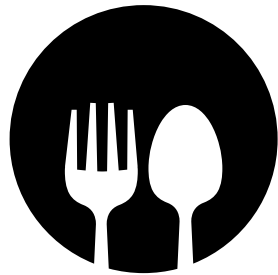
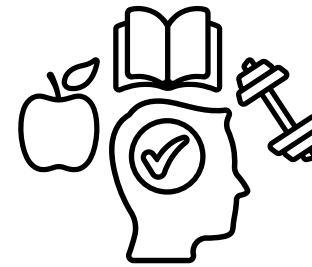


Figure 1: Pre-surgical nutritional protocol and diet prescription diagram *Low calorie diet **Very low-calorie diet ***Very low ketogenic diet.

OBIETTIVI DEL PERCORSO NUTRIZIONALE PREOPERATORIO



Identificare e correggere pattern alimentari disfunzionali del paziente



Favorire la **rieducazione alimentare e comportamentale** del paziente, stimolando l'adozione di abitudini sane e sostenibili nel tempo



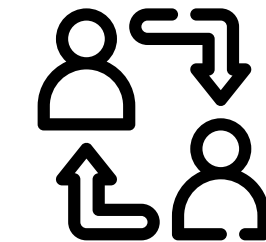
Ottenere un **calo ponderale di almeno il 5% del peso** attraverso LCD, VLCD, VLCKD



Individuare precocemente fattori di rischio nutrizionale, prevenire o **correggere eventuali carenze nutrizionali**



Ottimizzare lo stato nutrizionale e **metabolico** del paziente al fine di ridurre le complicanze post-operatorie



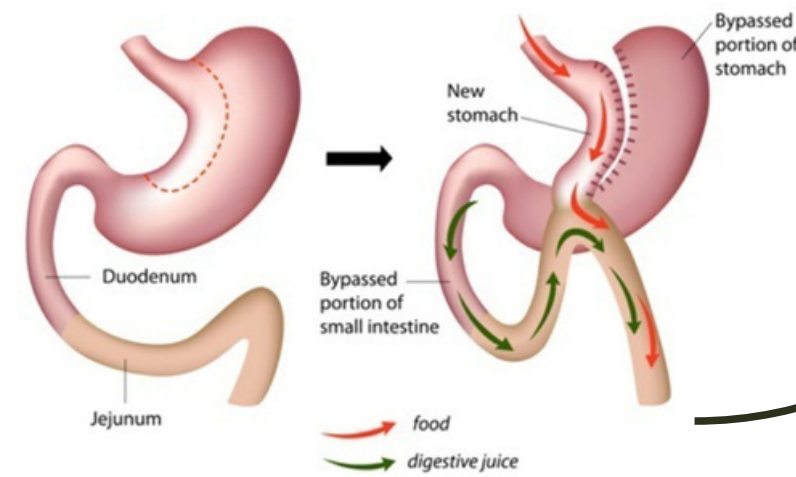
Consolidare la relazione **professionista-paziente** al fine di garantire un follow-up efficace e costante

Research Article

Identification and Association of Obese Patients Seeking Bariatric Surgery with Lifestyle and Eating Patterns: One-Year Observational Study in Italy and Proposal of Eating-Pattern Based Decision-Making Process

Angelo Iossa*, Alberto Di Biasio, Ilania Coluzzi,
Maria Chiara Ciccioriccio and Gianfranco
Silecchia
Department of Medical-Surgical Science and
Biotechnology, University of Rome, Italy

PAZIENTI CANDIDATI A OAGB



35 > ETÀ < 65

BMI ≥ 45 O BMI ≥ 50

NUMERO DEI PASTI > 5

SCARSA QUALITÀ ALIMENTARE, CON
UN APPORTO SBILANCIATO IN GRASSI
(≥35) E CHO (≥55) RISPETTO
ALL'INTROITO
GIORNALIERO

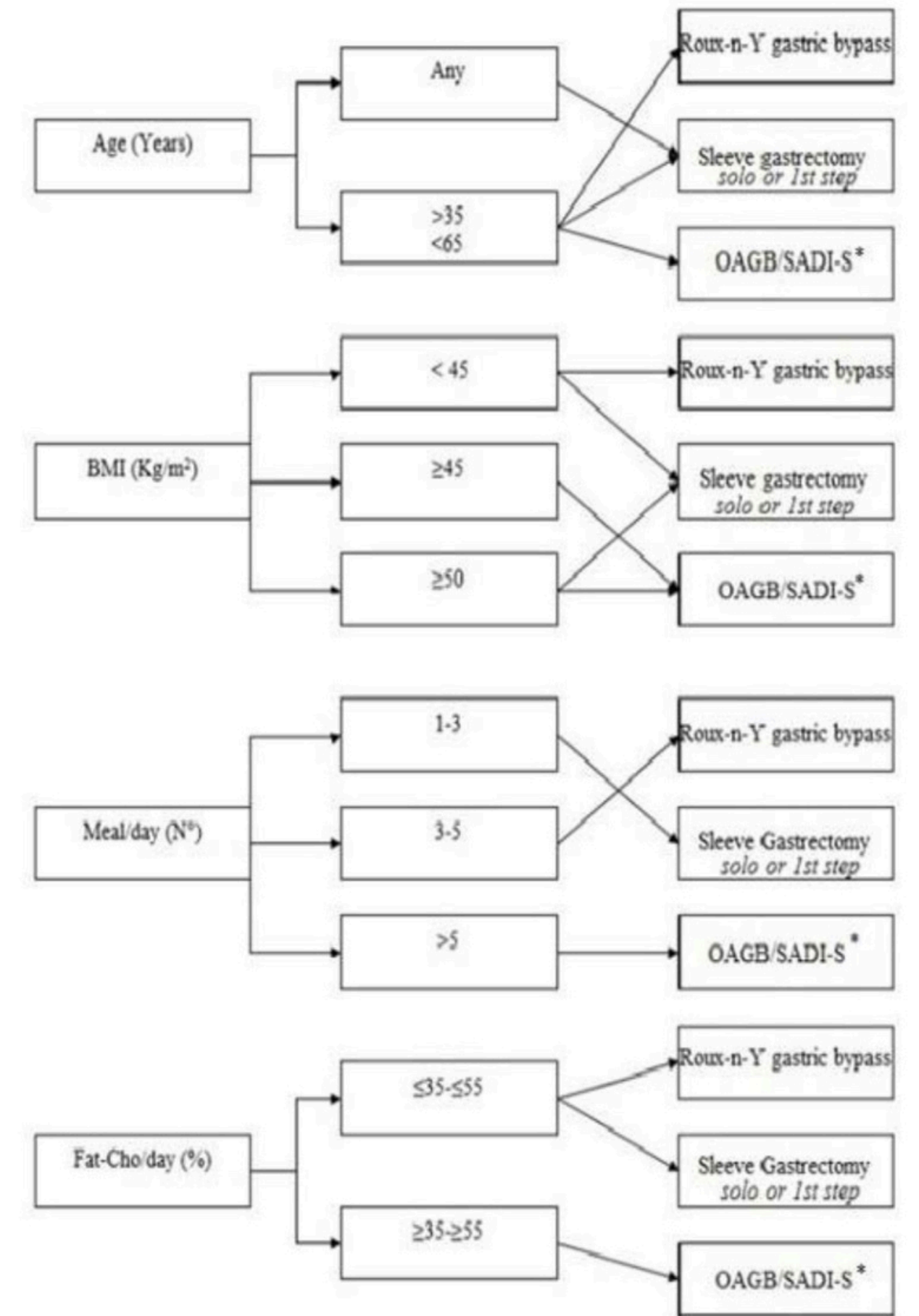
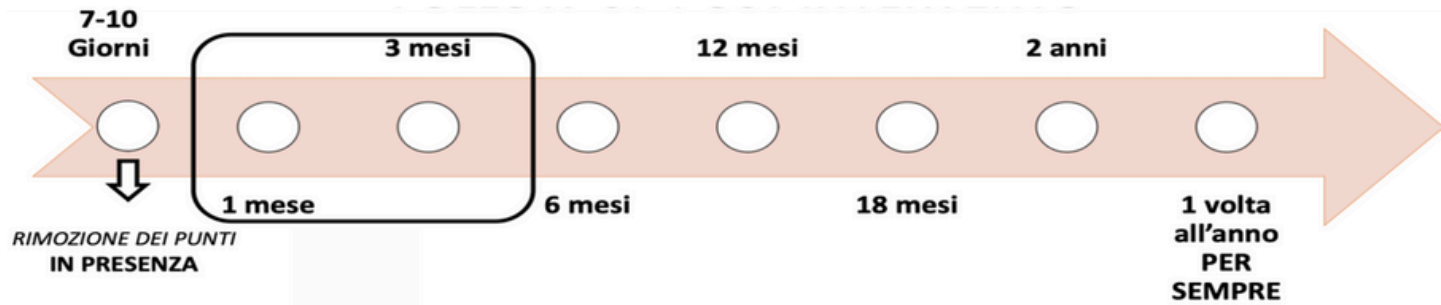


Figure 2: Surgical decision-making process based on diet, age and BMI; *one-anastomosis gastric bypass/Single Anastomosis Duodeno-Ileal Bypass with Sleeve (SADI-S).

FOLLOW-UP NUTRIZIONALE POST-OAGB



Il follow-up viene strutturato con una **frequenza delle visite** a **1, 3, 6, 12 mesi** dall'intervento chirurgico e **poi almeno una volta l'anno**.

GESTIONE NUTRIZIONALE POST-OAGB

Prevede la prescrizione di **schemi dietetici in progressione** per supportare la guarigione, valutare la tolleranza gastrointestinale, monitorare l'adattamento del comportamento alimentare del paziente alla procedura chirurgica e la tollerabilità alla reintroduzione degli alimenti.

1 IN REPARTO VIENE CONSEGNATA UNA **DIETA SEQUENZIALE: DIETA LIQUIDA, SEMILIQUIDA, MORBIDA**

Colazione	Latte parzialmente scremato delattosato, o thè senza zucchero	1 bicchiere
Spuntino metà mattina	Succo di frutta diluito in acqua	1 bicchiere di succo di frutta
Pranzo	Brodo vegetale o di carne	1 tazza
Spuntino metà pomeriggio	Integratore proteico liquido	1 porzione
Cena	Integratore proteico liquido	1 porzione
Acqua	1,5 L durante la giornata	

Colazione	Latte parzialmente scremato delattosato, o thè senza zucchero con 1 fetta biscottata	1 bicchiere
Spuntino metà mattina	Integratore proteico liquido	1 porzione
Pranzo	Alimento proteico a scelta tra i consentiti e una verdura cotta o ½ patata schiacciata	1 piccola porzione (si consiglia di fermarsi non appena si sente la sazietà)
Spuntino metà pomeriggio	Yogurt bianco magro o purea di frutta o ½ banana schiacciata	125ml o una confezione
Cena	Alimento proteico a scelta tra i consentiti e una verdura cotta	1 piccola porzione (si consiglia di fermarsi non appena si sente la sazietà)
Acqua	1,5 L durante la giornata	

Colazione	Latte parzialmente scremato delattosato, o thè senza zucchero	1 bicchiere
Spuntino metà mattina	Integratore proteico liquido	1 porzione
Pranzo	Brodo vegetale con patata, carota e zucchina e omogeneizzato di carne o pesce (o formaggio morbido o albume d'uovo)	1 porzione (si consiglia di fermarsi non appena si sente la sazietà)
Spuntino metà pomeriggio	Yogurt bianco magro o purea di frutta	125ml o una confezione
Cena	Brodo vegetale con patata, carota e zucchina e omogeneizzato di carne o pesce (o formaggio morbido o albume d'uovo)	1 porzione (si consiglia di fermarsi non appena si sente la sazietà)
Acqua	1,5 L durante la giornata	

2 AL I° MESE POST-INTERVENTO SI VALUTA IL PASSAGGIO ALLA DIETA **SOLIDA**, SE IL PAZIENTE HA BEN TOLLERATO LE FASI INIZIALI

3 AL III° MESE POST- INTERVENTO SI PRESCRIVE UN **PIANO ALIMENTARE POST-OPERATORIO**

4 A 18 MESI POST-INTERVENTO SI PRESCRIVE UN **PIANO ALIMENTARE PER IL MANTENIMENTO DEL PESO**



Nel post-operatorio è raccomandata l'assunzione giornaliera di un **integratore multivitaminico specifico (MVS)** al fine di prevenire carenze nutrizionali nel medio-lungo termine.

COMPLICANZE NUTRIZIONALI A BREVE TERMINE

Spesso legate ad una **scarsa aderenza** del paziente alle indicazioni dietetiche e comportamentali.

DISIDRATAZIONE



RIDOTTO INTAKE ORALE E DIFFICOLTÀ NELL'ASSUNZIONE DI DETERMINATI CIBI

SCARSA QUALITÀ ALIMENTARE E/O ABITUDINI ALIMENTARI DISFUNZIONALI

crazing, sweet eating, soft eating

DIARREA E STEATORREA

Il malassorbimento dei CHO e dei lipidi può associarsi ad un'alterazione del microbiota intestinale da overgrowth batterico

DUMPING SYNDROME

DEFICIT NUTRIZIONALI

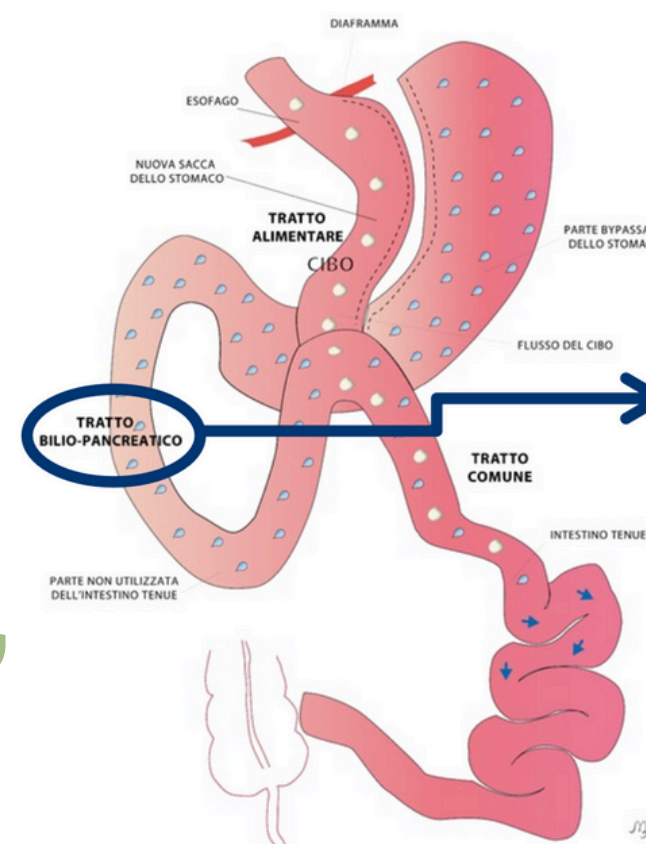
Si possono manifestare sia nell'immediato post-operatorio che a lungo termine

EVENTUALE NAUSEA E VOMITO NELL'IMMEDIATO POSTOPERATORIO



COMPLICANZE NUTRIZIONALI A LUNGO TERMINE

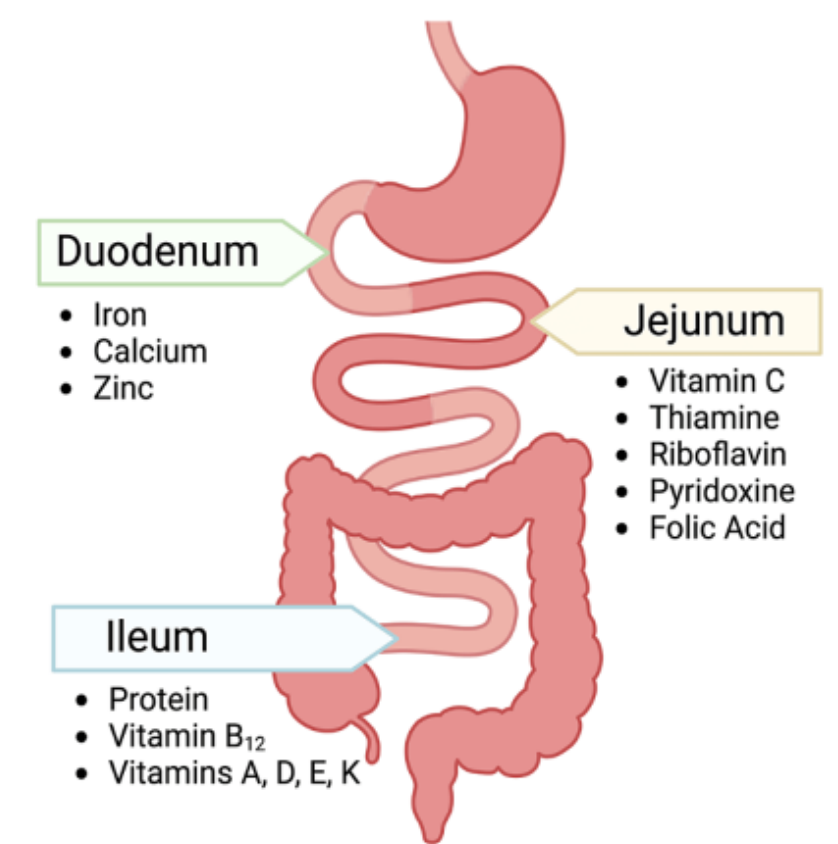
- Deficit nutrizionali preoperatori
- Ridotto intake orale
- Aumentato transito
- Ridotta secrezione acida + IPP
- Diminuzione dei livelli di fattore intrinseco (riduzione cellule antrali)
- **Malassorbimento** (lunghezza del tratto biliopancreatico-BPL)



CARENZE VITAMINICHE E MINERALI

Una lunghezza maggiore della BPL impatta maggiormente sui deficit nutrizionali che sul calo ponderale e remissione delle comorbidità		
IFSO Consensus Conference raccomanda per OAGB una BPL di 150–180 cm, poichè efficace e sicura	Nel caso di una BPL >200 cm è necessario misurare tutto l'intestino durante l'intervento	Un'ansa comune di almeno 300 cm sembrerebbe prevenire deficit nutrizionali e malnutrizione

MALNUTRIZIONE PROTEICA



MALNUTRIZIONE PROTEICA

UNA PERDITA DI PESO ESTREMA, CHE PUÒ PORTARE A MALNUTRIZIONE DOPO OAGB, È STATA SEGNALATA IN NUMEROSI STUDI CON PERCENTUALI CHE VARIANO DALLO 0,2 AL 2%.

- **Insufficiente assunzione di proteine**
- **Intolleranza alle proteine** (crescita batterica eccessiva (SIBO), ridotta produzione di pepsina e alterazioni degli ormoni intestinali)
- **Steatorrea** (con conseguente modifica del pH del lume intestinale, condizione in cui gli enzimi proteolitici pancreatici vengono inattivati compromettendo anche la digestione delle proteine)
- **Malassorbimento** (lunghezza del tratto biliopancreatico-BPL)
- **Problemi meccanici** (stenosi della gastro-digiunostomia, ulcere marginali, ostruzione dell'intestino tenue)
- **Scarsa aderenza terapeutica**

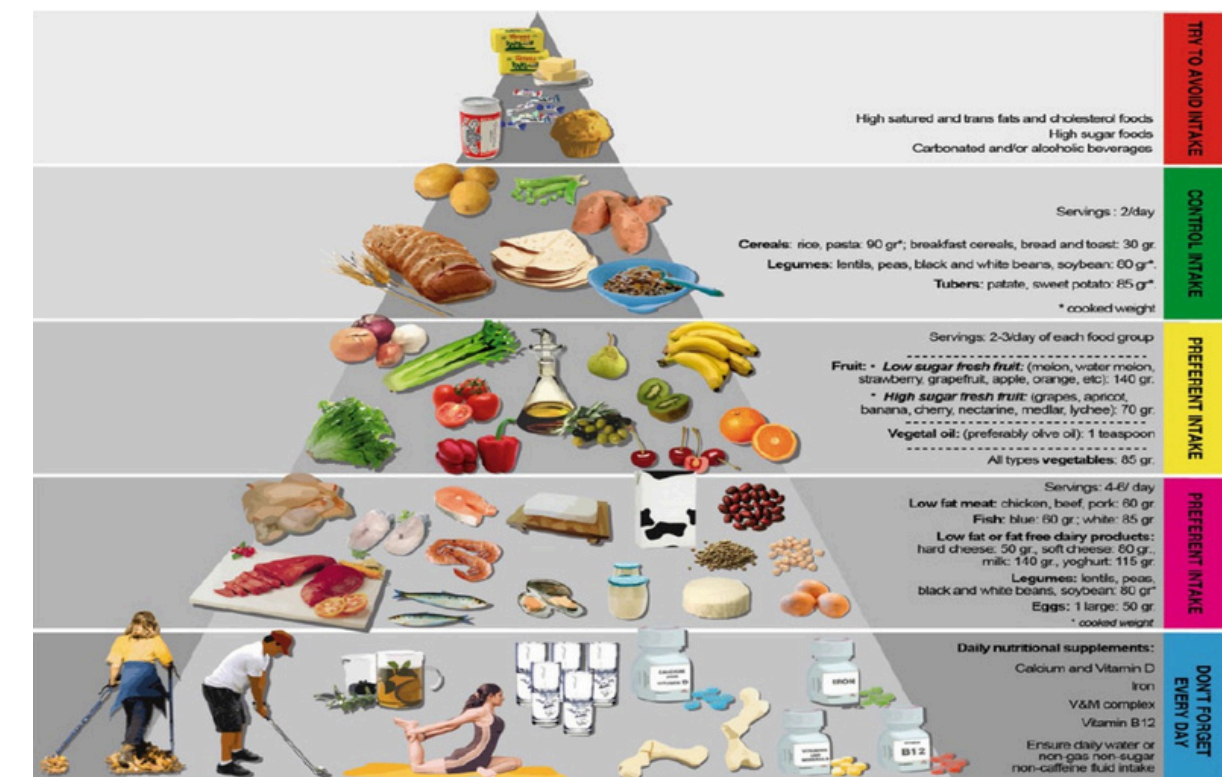
FABBISOGNO PROTEICO

Dovrebbe costituire il 10–35% dell'apporto calorico giornaliero (media 80 –120 g/giorno)

Mantenimento del peso: 0,8–1,2 g/kg di peso corporeo al giorno

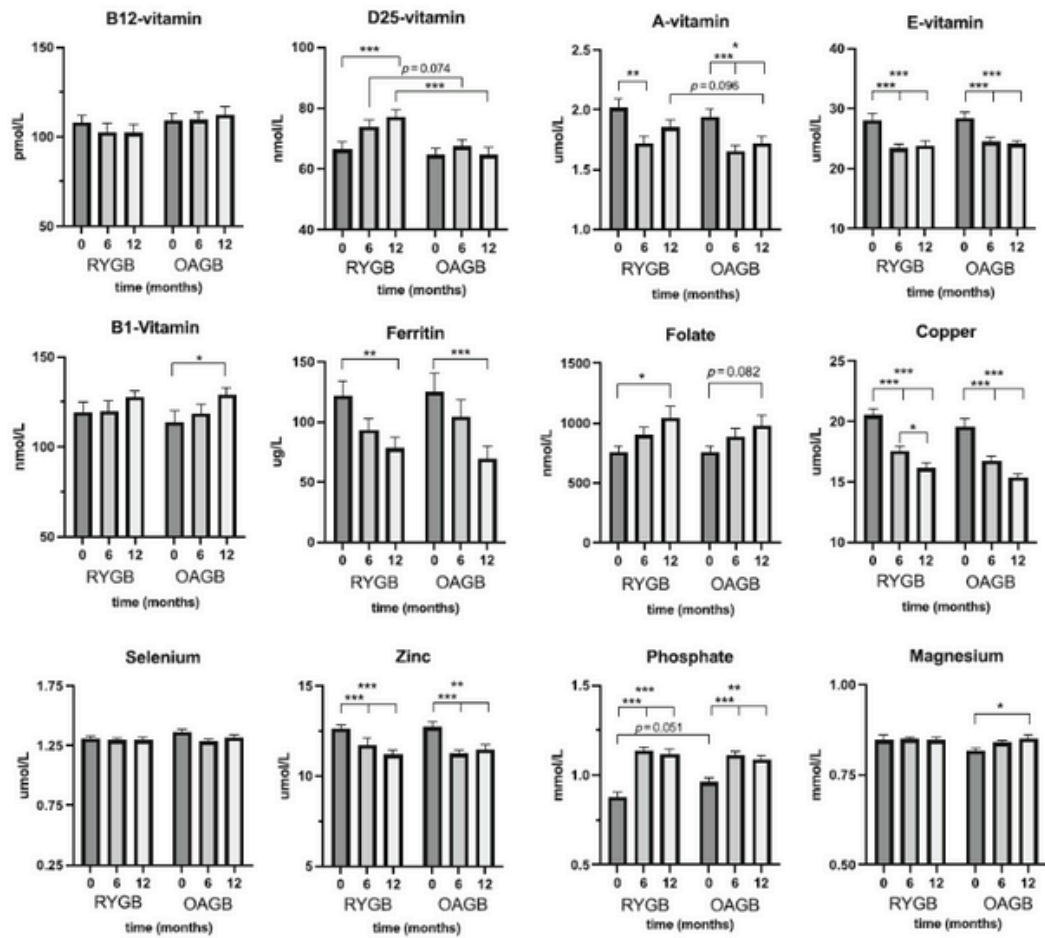
Perdita di peso attiva: 1,2–1,5 g/kg di peso corporeo

! I pazienti devono essere incoraggiati a coprire questo fabbisogno utilizzando anche **integratori proteici liquidi.**



Efficacy and safety of one anastomosis gastric bypass versus Roux-en-Y gastric bypass at 5 years (YOMEGA): a prospective, open-label, non-inferiority, randomised extension study

Lancet Diabetes Endocrinol
2024; 12: 267–76
Published Online
March 4, 2024
[https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(24\)00035-4](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(24)00035-4)



RYGB VS OAGB

LO STATO NUTRIZIONALE NON DIFFERIVA

Un’ansa biliopancreatica compresa fra 150–180 cm è ritenuta sicura (IFSO consensus conference) ed i deficit nutrizionali, a un follow-up a 5 anni, non sembrerebbero essere diversi da quelli evidenziati nel gruppo di pazienti con RYGB

Table 2 Mean serum levels of the parameters assessed (±SD) in the postoperative time course

Parameter	Normal range	Baseline	3 m	6 m	12 m	24 m
Parathyroid hormone	15–65 pg/ml	48.6 ± 18.6 (n = 74)	48.6 ± 17.2 (n = 66)	43.0 ± 19.9 (n = 70)	45.3 ± 17.0 (n = 63)	46.1 ± 19.2 (n = 44)
25-OH-Vitamin D	75–250 nmol/L	49.2 ± 23.6 (n = 78)	73.7 ± 28.9 (n = 64)	78.4 ± 27.8 (n = 69)	67.4 ± 29.7 (n = 66)	65.2 ± 25.4 (n = 45)
Calcium	2.15–2.50 mmol/L	2.2 ± 0.1 (n = 74)	2.3 ± 0.1 (n = 63)	2.3 ± 0.1 (n = 62)	2.3 ± 0.1 (n = 63)	2.3 ± 0.2 (n = 44)
Vitamin B12	145–569 pmol/l	341.3 ± 147.8 (n = 78)	465.9 ± 228.4 (n = 66)	437.9 ± 207.7 (n = 66)	515.4 ± 257.6 (n = 64)	504.1 ± 262.6 (n = 45)
Folic acid	9.53–44.9 nmol/l	15.5 ± 10.7 (n = 74)	17.2 ± 10.1 (n = 64)	18.9 ± 12.7 (n = 60)	21.9 ± 14.8 (n = 55)	23.0 ± 14.8 (n = 55)
Vitamin A	1.05–2.45 μmol/l	1.5 ± 0.4 (n = 77)	1.1 ± 0.4 (n = 65)	1.2 ± 0.3 (n = 63)	1.3 ± 0.4 (n = 64)	1.5 ± 0.4 (n = 41)
Vitamin E	11.6–46.4 μmol/l	29.4 ± 7.6 (n = 75)	23.1 ± 5.5 (n = 66)	25.0 ± 5.8 (n = 64)	26.1 ± 7.1 (n = 64)	28.3 ± 7.5 (n = 42)
Albumin	35–52 g/l	42.5 ± 3.5 (n = 81)	42.3 ± 3.5 (n = 60)	41.6 ± 3.8 (n = 62)	42.7 ± 5.1 (n = 57)	42.5 ± 5.7 (n = 44)
Iron	33–193 μmol/l	70.5 ± 24.2 (n = 73)	62.3 ± 18.6 (n = 53)	71.8 ± 26.2 (n = 56)	80.5 ± 29.6 (n = 52)	68.6 ± 25.7 (n = 38)
Ferritin	men, women > 50y 30– 400 μg/L women 15–150 μg/L	128.4 ± 119.1 (n = 74)	149.5 ± 129.3 (n = 67)	129.0 ± 98.8 (n = 60)	131.8 ± 114.4 (n = 50)	100.5 ± 101.5 (n = 33)
Transferrin	200–360 mg/dL	281.3 ± 40.2 (n = 74)	215.0 ± 31.1 (n = 67)	232.4 ± 52.0 (n = 60)	247.7 ± 48.6 (n = 50)	285.9 ± 46.7 (n = 33)
Transferrin saturation	16–45%	20.2 ± 8.3 (n = 73)	22.8 ± 11.1 (n = 66)	23.4 ± 8.9 (n = 64)	24.2 ± 11.0 (n = 61)	19.8 ± 9.7 (n = 41)
Hemoglobin	13.5–18.0 g/dL male 12.0–16.0 g/dL female	13.3 ± 2.1 (n = 91)	13.1 ± 1.7 (n = 70)	12.9 ± 1.8 (n = 71)	12.6 ± 1.8 (n = 66)	12.5 ± 1.4 (n = 49)
MCV	78.0–98.0 fL	84.0 ± 9.6 (n = 91)	83.9 ± 10.6 (n = 70)	85.1 ± 10.9	85.5 ± 5.6 (n = 65)	87.4 ± 6.4 (n = 49)

n number of patients presenting with deficiency, m months, MCV mean corpuscular volume

Updates in Surgery
<https://doi.org/10.1007/s13304-025-02094-4>

ORIGINAL ARTICLE

Management of nutritional deficiencies following one anastomosis gastric bypass (OAGB): a single-center experience

J. Jedamzik¹ · L. Pedarnig¹ · C. Bichler¹ · J. Eichelter¹ · M. Mairinger¹ · L. Gensthaler¹ · L. Nixdorf¹ · P. Richwien¹ · N. Vock¹ · F. B. Langer¹ · G. Prager¹ · D. M. Felsenreich¹

Received: 7 October 2024 / Accepted: 7 January 2025
© The Author(s) 2025

Studio retrospettivo, su pazienti post OAGB che hanno aderito al follow-up fino a 2 anni dopo l'intervento, condotto con l’obiettivo di valutare l’efficacia della supplementazione nutrizionale.

UN’ADEGUATA ASSUNZIONE DEL MVS ASSOCIATA A FOLLOW-UP REGOLARI PUÒ PREVENIRE GRAVI DEFICIT NUTRIZIONALI

La supplementazione con MVS dovrebbe essere iniziata in fase preoperatoria, al fine di ottimizzare lo stato nutrizionale del paziente e ridurre il rischio di carenze nel post-intervento, fase di rapida perdita di peso in cui si osservano diminuzioni di vitamine ed elettroliti.

OBIETTIVI DEL FOLLOW-UP NUTRIZIONALE



- Monitoraggio continuo dello **stato nutrizionale**, dell'**idratazione**, della **tolleranza ai cibi**
- Gestione di eventuali **complicanze nutrizionali** quali nausea, vomito, disidratazione, dumping syndrome, steatorrea...
- **Prevenzione e trattamento dei deficit nutrizionali** post-operatori attraverso la valutazione degli esami ematochimici e l'identificazione precoce di segnali di «allarme nutrizionale» come affaticamento, astenia, stipsi ostinata, caduta di capelli, unghie fragili, anemia...
- Rilevazione delle misure antropometriche (peso, BMI, %EWL) per **monitorare il calo ponderale e la perdita di massa magra**
- **Valutazione dell'aderenza** alle indicazioni dietetiche (7dR) e all'**integrazione** del multivitaminico prescritto
- **Educazione alimentare continua** al fine di massimizzare i risultati della procedura bariatrica, ridurre il rischio del recupero tardivo del peso, garantire uno stato nutrizionale ottimale, corrette abitudini alimentari e uno stile di vita sano



Gli effetti avversi nel post-operatorio sono spesso associati ad una **inadeguata gestione del pasto**.
È importante seguire delle **REGOLE COMPORTAMENTALI**:



**FRAZIONARE I PASTI E
RIDURNE IL VOLUME**



**BERE LONTANO DAI PASTI, A
PICCOLI SORSI $\geq$ 1,5-2 L/DIE**



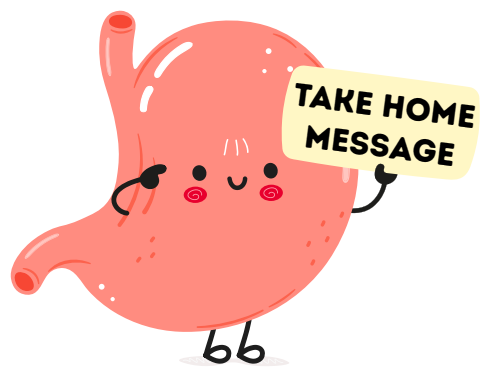
**PRATICARE REGOLARE
ATTIVITÀ FISICA**



**MANGIARE LENTAMENTE,
A PICCOLI BOCCONI,
MASTICANDO ACCURATAMENTE**



**PREFERIRE LA PIETANZA AD
ELEVATO CONTENUTO
PROTEICO AD OGNI PASTO**



LA VALUTAZIONE NUTRIZIONALE PREOPERATORIA RAPPRESENTA UN PASSAGGIO FONDAMENTALE NELLA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CANDIDATO ALLA CHIRURGIA BARIATRICA

IL RUOLO DEL NUTRIZIONISTA SI INSERISCE IN UN TEAM DI LAVORO MULTIDISCIPLINARE, CON PERCORSI DEDICATI E FLESSIBILI, PER GARANTIRE CONTINUITÀ ASSISTENZIALE E ADESIONE AL FOLLOW-UP PER UN SUCCESSO CLINICO A LUNGO TERMINE

LA SORVEGLIANZA NUTRIZIONALE HA UN RUOLO CENTRALE NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE BARIATRICO

LA MIGLIOR STRATEGIA PER LA PREVENZIONE E TRATTAMENTO DEI DEFICIT NUTRIZIONALI POST OPERATORI È L'EDUCAZIONE DEL PAZIENTE PRE E POST INTERVENTO, UN ADEGUATO FOLLOW-UP ED UNA SUPPLEMENTAZIONE NUTRIZIONALE SPECIFICA

L'INTERVENTO DI OAGB HA DIMOSTRATO UN'EFFICACE RIDUZIONE DEL PESO CORPOREO, UNA REMISSIONE SIGNIFICATIVA DELLE COMORBIDITÀ CORRELATE ALL'OBESITÀ E UN MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DI VITA



COMITATO SCIENTIFICO

Giuseppe Cavallaro
Lavinia Clemente
Ilenia Coluzzi
Francesco De Angelis
Sara Giovampietro
Angelo Iossa
Giulio Lelli
Alessandra Micalizzi
Stefano Nuzzo
Emanuela Paone

ANNI DI OAGB

MATURITÀ RAGGIUNTA? CORSO LIVE
SU TECNICA, GESTIONE, CURIOSITÀ E
SUL "PERCHÉ IO LO FACCIO COSÌ"

LATINA, Venerdì 27 Giugno 2025

Direttore del Corso: Prof Angelo Iossa
Presidente onorario: Prof Giuseppe Cavallaro



CONGRESSO REGIONALE
SICOB LAZIO

GRAZIE PER L'ATTENZIONE!