

XXXIV CONGRESSO
NAZIONALE SICOB

from Surgery
to Sinergy

*la nuova era della terapia
metabolica di precisione*

Pisa, 17-19 Settembre 2026



WWW.SICOB.ORG

L'IMPORTANZA DEL FOLLOW-UP: RICERCA DI NUOVI FOCUS SPECIFICI NELL'INTEGRAZIONE FRA FARMACI E CHIRURGIA

DR.SSA CESARO FILOMENA

RESP. SERVIZIO DI PSICOLOGICA CLINICA

PINETA GRANDE HOSPITAL CASTEL VOLTURNO (CE)

PRESIDENTE ONORARIO DEL CONGRESSO
MARCELLO LUCCHESI

PRESIDENTE DEL CONGRESSO
ROSARIO BELLINI



Razionale

- L'integrazione tra **terapia farmacologica e chirurgia bariatrica** rappresenta il nuovo paradigma nel trattamento dell'obesità complessa.
- In questo scenario, il **follow-up non è più un mero monitoraggio** delle complicanze a lungo termine, ma un momento clinico attivo per ottimizzare i risultati ponderali e metabolici. I nuovi focus specifici si concentrano sulla sinergia tra la chirurgia e i farmaci anti-obesità di nuova generazione (come gli agonisti recettoriali del GLP-1).
- Pertanto, il **follow-up strutturato e multidisciplinare è necessario** per ottimizzare la perdita di peso a lungo termine, prevenire complicanze metaboliche e gestire il recupero ponderale o la risposta inadeguata all'intervento.

La Nuova Era nella Medicina dell'Obesità: Dal paradigma binario all'approccio sinergico nel follow-up

✂ Il Vecchio Paradigma (Fino a ieri):

- **Logica binaria:** Terapia medica **VS** Chirurgia bariatrica.
- **Binari paralleli:** Due strade destinate a non incontrarsi mai.
- **Ultima spiaggia:** La chirurgia vista solo come l'ultima opzione dopo il fallimento medico.

✂ La Svolta Attuale:

- L'avvento delle **terapie incretiniche** (farmaci anti-obesità di nuova generazione) ha scardinato la vecchia visione.

Il Nuovo Gold Standard

Non più "Chirurgia CONTRO Farmaco":

L'integrazione terapeutica per una cura a lungo termine

✂ La Nuova Logica:

- **Terapia Combinata:** integrazione delle competenze
- **Terapia Sequenziale:** interventi coordinati nel tempo
- **Terapia Sinergica:** il bisturi del chirurgo e la molecola dell'endocrinologo si potenziano a vicenda

✂ L'Obiettivo Clinico:

- Affrontare l'obesità per ciò che è: una **malattia cronica e recidivante**

La Rivoluzione del Follow-up

Il Follow-up come Momento Clinico

Attivo:

Oltre il mero controllo medico-chirurgico

✂ Cosa NON è più:

- ✕ Una fase passiva di controllo.
- ✕ Solo verifica della guarigione dei punti.
- ✕ Solo controllo degli esami ematici e dei multivitaminici.

✂ Cosa È oggi:

- ✓ Un momento clinico **attivo, dinamico e protettivo**.
- ✓ Lo spazio terapeutico fondamentale per monitorare l'evoluzione della malattia.

Il Cambio di Prospettiva Psicologica

La Chirurgia non è un Punto di Arrivo

"Magico":

Ridefinire comportamenti e identità

✂ L'Intervento Bariatrico:

- Non è la fine del percorso, ma un **potente acceleratore biologico**.

✂ La Triplice Trasformazione del Paziente:

- **Anatomica:** Cambia grazie al *Chirurgo*.
- **Biochimica:** Cambia grazie al *Farmaco*.
- **Comportamento e Identità:** Cambiano grazie all'*Équipe Multidisciplinare*.

I Nuovi Focus Specifici del Follow-Up Integrato

1. Gestione del Weight Regain (Riacquisto di Peso)

- **Intervento tempestivo:** Circa il 20-30% dei pazienti va incontro a un parziale riacquisto di peso a distanza di anni dall'intervento
- **Ruolo dei farmaci:** Il follow-up permette di inserire molecole come **semaglutide o liraglutide** per contrastare il plateau o il recupero ponderale
- **Efficacia dimostrata:** Studi recenti confermano che l'aggiunta di farmaci post-bariatrici determina una perdita di peso ulteriore e significativa

I Nuovi Focus Specifici del Follow-Up Integrato

2. Monitoraggio della Farmacocinetica e dell'Assorbimento

- **Anatomia modificata:** Interventi come il *bypass gastrico* modificano il pH dello stomaco e la superficie di assorbimento intestinale
- **Adattamento terapeutico:** Il monitoraggio costante serve a calibrare i dosaggi dei farmaci orali cronici (es. antipertensivi, psicofarmaci, ipoglicemizzanti)

I Nuovi Focus Specifici del Follow-Up Integrato

3. Ottimizzazione della Terapia Sequenziale (Pre e Post-Operatoria)

- **Formulazioni alternative:** Spesso è necessario prediligere formulazioni liquide, sublinguali o transdermiche per evitare il malassorbimento
- **Fase pre-chirurgica:** Uso dei GLP-1 RA per ridurre il volume del fegato (steatosi) e il grasso viscerale, riducendo i rischi operatori
- **Wash-out pre-anestesia:** Sospensione programmata dei farmaci 1-2 settimane prima dell'intervento per evitare rischi di aspirazione dovuti allo svuotamento gastrico rallentato
- **Fase post-chirurgica:** Riavvio della terapia farmacologica solo dopo la stabilizzazione del peso (in genere 12-18 mesi) e dopo aver escluso cause comportamentali correggibili

I Nuovi Focus Specifici del Follow-Up Integrato

4. Prevenzione delle Carenze Micronutrizionali ed Effetti Sinergici

- **Rischio sarcopenia:** La combinazione di chirurgia e farmaci potenti può causare una perdita eccessiva di massa magra.
- **Integrazione mirata:** Il follow-up nutrizionale monitora i livelli di ferro, vitamina B12, vitamina D e calcio per prevenire anemia e osteoporosi
- **Supporto personalizzato:** Prescrizione di Multivitaminici specifici WLS (Weight Loss Surgery) per sopperire ai deficit cronici

I Nuovi Focus Specifici del Follow-Up Integrato

Il Ruolo dell'Équipe Multidisciplinare nel Post-Operatorio

Il successo di questo modello integrato richiede controlli seriali (di norma a **1, 3, 6 e 12 mesi, e poi annuali**) coordinati da un team esperto:

- **Chirurgo bariatrico:** valuta la tenuta anatomica e le complicanze chirurgiche (es. dumping syndrome)
- **Endocrinologo/Diabetologo:** gestisce la titolazione dei farmaci anti-obesità e metabolici
- **Nutrizionista/Dietista:** struttura la transizione dietetica e l'integrazione vitaminica obbligatoria
- **Psicologo:** supporta l'adattamento all'immagine corporea modificata

Gestione dei disturbi del comportamento alimentare emergenti (es. *grazing*, *binge eating* di ritorno).

Linee guida internazionali più recenti sulla terapia combinata obesità-chirurgia?

Le linee guida internazionali più recenti – emesse congiuntamente dalla IFSO (International Federation for the Surgery of Obesity) e dalla ASMBS (American Society for Metabolic and Bariatric Surgery), e integrate a livello europeo dall'EASO – hanno formalizzato il passaggio da un approccio competitivo a una **strategia combinata e sequenziale** tra farmaci anti-obesità (AOMs) e chirurgia metabolica.

1. Il principio della terapia combinata (AOM + Chirurgia)

I consensi scientifici stabiliscono che i farmaci (come gli agonisti recettoriali del GLP-1 o i doppi/tripli agonisti GLP-1/GIP) **non sostituiscono la chirurgia** nei candidati idonei, ma agiscono come potenziatori dell'efficacia a lungo termine.

La decisione di combinare i trattamenti deve essere guidata da un team multidisciplinare (MDT)

Linee guida internazionali più recenti sulla terapia combinata obesità-chirurgia?

2. Tempistiche di intervento del farmaco nel percorso chirurgico

Le linee guida identificano tre finestre temporali precise per l'introduzione della farmacoterapia:

- **Fase Pre-operatoria:** indicata nei pazienti ad altissimo rischio chirurgico o con BMI estremi per indurre un calo ponderale iniziale, ridurre il volume del fegato (riduzione del grasso viscerale) e ottimizzare il controllo glicemico prima dell'ingresso in sala operatoria
- **Fase Post-operatoria precoce (Inadeguata perdita di peso):** se il paziente non raggiunge il target di calo ponderale atteso nei primi 6-12 mesi (plateau precoce), il farmaco viene introdotto per correggere la resistenza biologica all'intervento
- **Fase Post-operatoria tardiva (Recupero ponderale):** è la raccomandazione più forte. In caso di parziale ripresa del peso a distanza di anni, la terapia medica viene prescritta tempestivamente per bloccare il recupero, prima che si ripresentino le comorbidità metaboliche

Linee guida internazionali più recenti sulla terapia combinata obesità-chirurgia?

3. Criteri generali di accesso alla Chirurgia (Standard EASO/IFSO/ASMBS)

Il documento congiunto ha ridefinito le soglie generali di accesso, influenzando anche la selezione dei pazienti da avviare alla terapia combinata:

- **BMI ≥ 35 kg/m²:** L'indicazione è raccomandata indipendentemente dalla presenza o dall'assenza di comorbidità associate all'obesità
- **BMI 30-34.9 kg/m²:** L'intervento è raccomandato in presenza di malattie metaboliche (es. Diabete Tipo 2 non controllato) o in caso di fallimento dei trattamenti non chirurgici ottimizzati

Oltre la Timeline Farmacologica: Mappare il Vissuto del Paziente

Fase Clinica	Alert Psicologico & Comportamentale	Strategia del Team Multidisciplinare
1. Pre-operatorio <i>(Bridging Therapy con GLP-1 RA)</i>	Illusione magica del controllo: Rischio di delega totale al farmaco/chirurgia e mancata attivazione del cambiamento.	Ristrutturazione precoce: Validare l'efficacia biologica ridefinendola come una "finestra di opportunità" per allenare il nuovo stile di vita.
2. Post-operatorio Immediato <i>(Sospensione & Transizione Nutrizionale)</i>	Disorientamento da "assenza chimica": Emergere della fame edonica (<i>head hunger</i>) in contrasto con la restrizione anatomica. Rischio di <i>soft calorie syndrome</i> .	Gestione del mismatch: Monitorare l'ansia da prestazione alimentare. Educare il paziente a distinguere la fame biologica da quella emotiva.
3. Mantenimento a Lungo Termine <i>(Re-introducing GLP-1 RA per Weight Regain)</i>	Senso di fallimento personale: Vergogna e colpa legati alla percezione del farmaco come "ultima spiaggia" dopo il fallimento della chirurgia.	Normalizzazione della cronicità: Ridefinire il farmaco come potenziatore biologico a lungo termine. De-stigmatizzare il <i>weight regain</i> .

Fase pre-operatoria: **BRIDGING THERAPY**

- **Obiettivo Clinico:** Uso dei **GLP-1 RA** per la riduzione del volume del fegato steatosico e l'ottimizzazione dell'atto chirurgico.
- **Vissuto Psicologico:** Prima potente **anticipazione del controllo della fame**
- **Il Doppio Taglio (Alert):**
 -  *Opportunità:* Aumento dell'**autoefficacia** percepita dal paziente.
 -  *Rischio:* **Illusione magica** (delegare totalmente l'esito a farmaco e chirurgia, bypassando la ristrutturazione dello stile di vita).

Fase peri-operatoria: Il Punto Più Critico

Sicurezza del paziente e sinergia multidisciplinare

- **Il Fattore Biologico:** i farmaci per il controllo del peso rallentano lo svuotamento gastrico
- **Il Pericolo in Sala Operatoria:** il digiuno standard può non bastare, esponendo il paziente al rischio di **aspirazione polmonare** sotto anestesia
- **Il Protocollo Clinico:** le linee guida impongono una finestra di **wash-out** (sospensione del farmaco 1-2 settimane prima dell'intervento)

Dobbiamo chiarire che la sospensione non è una scelta terapeutica, ma un requisito di sicurezza non negoziabile per gli anestesisti. Tuttavia, questa scelta ha un costo psicologico enorme

Il "Vuoto" biologico e psicologico: la mente senza farmaco e ritorno del food noise

■ Quale l'impatto della sospensione sul paziente con Emotional Eating / Binge Eating?????



La sinergia è vitale. Nessuno dei professionisti può agire da solo. Lo psicologo in questa fase non fa terapia a lungo termine, fa gestione della crisi e prevenzione del rischio clinico.

✂ **Effetto Silenziatore:** il farmaco riduceva i pensieri ossessivi sul cibo e la fame biologica

✂ **La Sospensione Improvvisa:** rimuovere la molecola crea un **vuoto biologico e psicologico** immediato

✂ **Il Rischio di Ricaduta:** il ritorno dei pensieri intrusivi amplifica l'ansia e il rischio di abbuffate compensatorie prima dell'operazione

Il Ruolo Chiave del Team Multidisciplinare

✓ Presidiare la Finestra dei 14 Giorni

✓ Azioni coordinate nelle due settimane
pre-intervento

Specialista	Ruolo Chiave nel Pre-Operatorio
Chirurgo	Pianifica i tempi e la gestione della sala operatoria.
Nutrizionista	Calibra e monitora la dieta liquida pre-intervento.
Psicologo	Gestisce l'ansia, riempie il vuoto emotivo e previene le abbuffate, garantendo la sicurezza stessa dell'intervento.

Per un paziente con emotional eating o BED, togliere il farmaco è come togliere un salvagente in mezzo alla tempesta. Proprio mentre si chiede loro di iniziare una dieta liquida pre-operatoria, la mente urla di mangiare per placare l'ansia

Strategie Interventistiche per lo Psicologo nel Team

Multidisciplinare

1. **Psicoeducazione Anticipatoria:** preparare il paziente *prima* della sospensione. Sapere che il "food noise" tornerà non come un fallimento personale, ma come un puro effetto biologico del wash-out, riduce il senso di colpa e il panico
2. **Pianificazione dei Trigger e Coping:** identificare i momenti della giornata in cui l'ansia pre-operatoria e l'assenza del farmaco colpiranno più duramente, strutturando attività alternative e tecniche di regolazione emotiva (es. *grounding*, respirazione diaframmatica)
3. **Canale di Comunicazione Aperto e "No-Blame":** creare un patto di trasparenza. Il paziente deve sapere che se cede a un'abbuffata deve comunicarlo per la sua sicurezza (riprogrammazione dell'intervento), senza il timore di essere giudicato o punito dal team medico

Concludere ribadendo che la sicurezza del paziente in chirurgia bariatrica o generale non si misura solo in sala operatoria, ma nella capacità del team di proteggere la vulnerabilità umana e psicologica nelle settimane precedenti.

Il Ruolo Chiave della Psicologia nell'Attesa

■ Cosa Rischiamo con un'Introduzione Precoce del Farmaco?

Un avvio prematuro della terapia medica rischia di
mascherare dinamiche psicologiche non risolte:

✂ **Mancata elaborazione** del lutto del cibo

✂ **Copertura artificiale** di un fallimento
comportamentale

L'azione farmacologica combinata è straordinaria, ma deve supportare una mente che ha già appreso a collaborare con il nuovo corpo. Non deve mai sostituirsi a un processo psicoterapeutico mancato

L'Equilibrio Psico-Fisico

La terapia sequenziale non è una semplice gestione di dosaggi e bisturi

- **Massima sicurezza clinica:** si ottiene solo quando la mente del paziente viaggia alla **stessa velocità della sua biologia** e della sua nuova anatomia
- **Obiettivo finale:** allineare chirurgia, farmacoterapia e psicoterapia per un risultato duraturo

Post-operatorio: Rischio clinico

Il Weight Regain: La Sfida del Lungo Termine

Lo scoglio metabolico e umano nella pratica clinica

✂ **Il Dato della Letteratura (2-5 anni dall'intervento)**

– 20% - 30% dei pazienti va incontro a:

- Riacquisto ponderale parziale
- Arresto precoce della perdita di peso

✂ **Il Vecchio Paradigma (Da superare):** Approccio colpevolizzante verso il paziente

✂ **L'Errore di Valutazione:** Considerare il recupero del peso come un "fallimento dell'aderenza" a fronte di un intervento chirurgico perfetto

Il Cambiamento di Prospettiva

Il Weight Regain non è una colpa!!!!

E' biologia

✂ **Risposta Neuroendocrina Complessa:** L'organismo interpreta il dimagrimento come una minaccia alla sopravvivenza.

✂ **Adattamento Metabolico:** Attivazione di potenti meccanismi biologici di difesa

✂ **Asse Intestino-Cervello:**

- Resettato solo parzialmente dalla chirurgia
- Ricerca nel tempo un nuovo equilibrio
- **Conseguenze:** Riaccensione dei segnali centrali di fame e riduzione del dispendio energetico a riposo

L'Impatto Psicologico

*Cosa succede quando la bilancia
ricomincia a salire?*



✂ Il Vissuto Emotivo:

- Vergogna profonda e senso di colpa
- Frustrazione e percezione di aver fallito
"l'ultima spiaggia"

✂ Il Pensiero Ricorrente: *"Se è fallita anche la
chirurgia, allora sono io a essere sbagliato e
incurabile"*

✂ Il Circolo Vizioso: Lo stato depressivo riattiva
dinamiche alimentari disfunzionali (*comfort
eating, binge eating* di ritorno)

Il Follow-up Interrotto

- Intercettare il disagio prima del drop-out



- ✂ **La Conseguenza Peggior**e: il paziente smette di presentarsi ai controlli per vergogna
- ✂ **La Scomparsa dal Radar Clinico**: l'isolamento interrompe la continuità terapeutica proprio nel momento di massimo bisogno
- ✂ **L'Imperativo per il Team**: creare un ambiente clinico non giudicante per mantenere il paziente agganciato al percorso di cura

Conclusioni e Prospettive Future

✂ **Take-home message:** L'integrazione fra farmaci e chirurgia bariatrica rappresenta il futuro della medicina dell'obesità

✂ **Il follow-up come risorsa:** È lo spazio clinico in cui questa sinergia si realizza in modo personalizzato

✂ **Prospettive:** Necessità di linee guida standardizzate (es. SICOB, EASO) per definire i tempi esatti di introduzione della terapia combinata

Bibliografia

- Busetto L, et al. *A new framework for the diagnosis, staging and management of obesity in adults*. Nature Medicine / European Association for the Study of Obesity (EASO), 2024
- Cohen RV, Busetto L, Levinson R, Le Roux CW, Salminen P, Prager G; *International Consensus on the Role of Obesity Management Medications in the Context of Metabolic Bariatric Surgery*. *British Journal of Surgery (Br J Surg)*, 2024; 111.
- *EASO Framework for the Pharmacological Treatment of Obesity and Its Complications* (Aggiornamenti EASO Medication Management Algorithm).
- Eisenberg D, Shikora SA, Aarts E, et al. *2022 American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) and International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO): Indications for Metabolic and Bariatric Surgery*. *Surgery for Obesity and Related Diseases (SOARD) / Obesity Surgery*, 2022.
- SICOB (Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle Malattie Metaboliche) linee guida ufficiali di riferimento; settembre 2023.

XXXIV CONGRESSO
NAZIONALE SICOB

from Surgery
to Sinergy

*la nuova era della terapia
metabolica di precisione*

Pisa, 17-19 Settembre 2026



WWW.SICOB.ORG

PRESIDENTE ONORARIO DEL CONGRESSO
MARCELLO LUCCHESI

PRESIDENTE DEL CONGRESSO
ROSARIO BELLINI



Grazie