

PRESIDENTE DEL CONGRESSO  
STEFANO BONILAURI

COMITATO SCIENTIFICO  
M. CASADEI | F. SEBASTIANI

CONGRESSO SICOB

**O**BESITÀ

Tecnopolo di Reggio Emilia



Eventi Regionali 2026

REGGIO EMILIA

18 APRILE 2026

# LA MENTE PRIMA DELLO STOMACO: IL RUOLO DELLO PSICOLOGO NELLO SCREENING PRE- CHIRURGICO E L'IMPATTO SULL'OUTCOME DEL PAZIENTE

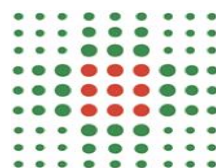
**DR.SSA GIULIA CAMOZZI**

PSICOLOGA PSICOTERAPEUTA PSICOANALISTA

SOC ENDOCRINOLOGIA – REFERENTE E COORDINATRICE  
PERCORSO DI III E V LIVELLO PER DNA

PERCORSO DI CHIRURGIA BARIATRICA

SOC NEFROLOGIA E DIALISI



ARCISPEDALE S.MARIA NUOVA

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA

Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia  
IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia

Le evidenze (le linee guida e studi clinici e osservazionali) dicono che:

la chirurgia bariatrica è considerata il trattamento più efficace per l'obesità grave in termini di perdita di peso e miglioramento delle comorbidità

Tuttavia:

- **non agisce direttamente sui meccanismi psicologici e comportamentali legati al cibo**
- i risultati sono molto variabili tra individui

Pertanto:

la chirurgia è uno strumento biologico e metabolico, ma **l'alimentazione patologica è un fattore psicologico, comportamentale e cognitivo.**

Infatti:

1. **i disturbi alimentari influenzano negativamente gli esiti della chirurgia**
2. **è raccomandata una valutazione e spesso un trattamento psicologico prima (e dopo) l'intervento**

Le principali linee guida internazionali (es. AACE, ASMBS, ecc.) raccomandano una valutazione psicologica pre-operatoria sistematica per identificare:

- disturbi alimentari attivi
- depressione, ansia, abuso di sostanze, TS

Esclusione o rinvio dell'intervento se:

- il disturbo è grave e non trattato
- il paziente non è in grado di aderire alle modifiche comportamentali

Inoltre, se presente un disturbo alimentare:

→ **è raccomandato un trattamento psicoterapeutico**

# Valutazione Psicologica



## Finalità:

- Psicopatologia
- Disturbi psichici conseguenti all'obesità per i quali la chirurgia può avere effetti positivi
- Compliance e attitudine
- Capacità di adesione al programma post-operatorio
- Rischi
- Aspettative

# CHIRURGIA E DNA:

Diversi studi (inclusi longitudinali e revisioni) mostrano che:

- variabili psicologiche (psicopatologia, immagine corporea, comportamento alimentare)
- influenzano significativamente la perdita di peso post-operatoria

In particolare comportamenti come:

- binge eating
- emotional eating
- impulsività

sono associati a:

- minor perdita di peso
- maggiore rischio di recupero ponderale
- fino al 30–50% dei pazienti può riprendere peso nel tempo, anche per fattori comportamentali

Pertanto:

la presenza di un disturbo alimentare non annulla l'efficacia della chirurgia, ma **ne riduce la probabilità di successo stabile.**

# CHIRURGIA E DNA:

Le evidenze dicono che:

- ✓ La chirurgia bariatrica è efficace per l'obesità grave
- ✓ I disturbi alimentari sono moderatori dell'esito
- ✓ La gestione ottimale è multidisciplinare: chirurgia + psicoterapia

Nella pratica clinica:

- disturbo lieve/moderato → si può operare, ma con supporto psicologico
- disturbo grave/non controllato → prima trattamento psicoterapeutico, poi valutazione chirurgica

- **senza trattamento dei fattori psicologici, l'efficacia a lungo termine è ridotta**
- **la psicoterapia non è opzionale, ma parte integrante del percorso**

## **CHIRURGIA E DEPRESSIONE:**

La Depressione non è una controindicazione assoluta alla chirurgia bariatrica, ma dipende molto da **gravità, stabilità clinica e trattamento in corso.**

Gli studi (revisioni sistematiche e coorti longitudinali) mostrano che:

Depressione comune nei candidati

- Una quota significativa (fino al 40–50%) dei pazienti candidati presenta sintomi depressivi
- Questo non impedisce automaticamente l'intervento

## **CHIRURGIA E DEPRESSIONE:**

Dopo la chirurgia spesso il tono dell'umore migliora, specie se legato all'immagine corporea

Molti studi mostrano che:

- i sintomi depressivi tendono a ridursi nei primi 1–2 anni

Probabilmente per:

- perdita di peso
- miglioramento dell'immagine corporea
- riduzione dello stigma

## CHIRURGIA E DEPRESSIONE:

Quindi: la chirurgia può avere un effetto positivo sulla depressione, almeno inizialmente

Ma: esiti più variabili nel lungo termine

Nel follow-up a lungo termine emerge che **pazienti con depressione pre-operatoria:**

- perdono in media meno peso
- hanno maggiore rischio di recupero ponderale
- hanno più difficoltà con l'aderenza comportamentale alla dieta
- \*Peggior qualità di vita

In alcuni casi:

- la depressione può persistere o recidivare

# CHIRURGIA E DEPRESSIONE:

Nella realtà clinica, il quadro depressivo deve ricevere:

1. valutazione psicologica/psichiatrica pre-operatoria
2. se necessario:
  - **psicoterapia**
  - **terapia farmacologica**
3. intervento chirurgico **solo quando il quadro è stabilizzato da un periodo di tempo sufficiente**
4. follow-up psicologico post-operatorio

In Sintesi

- La depressione non esclude la chirurgia bariatrica
- Ma è un fattore di rischio clinico rilevante
- Per i casi non trattati o instabili → rimandare l'intervento
- La gestione ottimale è multidisciplinare e continua nel tempo

# Correlazione tra DNA e Depressione



***Disturbi del Comportamento Alimentare*** (BED, Emotional Eating, Grazing, Sweet Eating, Night Eating, esistenza di pratiche di compenso): la presenza di tali disturbi correla con alte probabilità di fallimento dell'intervento. Il paziente può infatti riprendere ad alimentarsi in maniera disfunzionale e patologica, recuperando peso. La situazione viene vissuta come un insuccesso personale, ciò porta a calo del tono dell'umore, calo dell'autostima e del senso di autoefficacia. (Il pensiero disfunzionale tipico diventa: "E' stato inutile, sono un fallito, tanto vale che mangi ancora di più").

Gli episodi di abbuffata oggettivi e soggettivi, il grazing e la depressione clinica nel post-operatorio hanno un'influenza negativa sull'aderenza alle linee guida dietetiche e sul tasso di perdita di peso (Sheets, et al., *Obes. Surg.* 2015; 25:330-45)

## ***Disturbi dell'Umore***

Un pz depresso fatica a prendersi cura di sé e a seguire le indicazioni di dieta.

Spesso depressione e DCA coesistono (mangiare può essere per questi pz un potente antidepressivo).

Uno studio canadese (Oct. 2015) pubblicato online su *JAMA Surgery* afferma che pz depressi che si sottopongono a interventi di chirurgia bariatrica corrono un maggiore rischio suicidario: già prima dell'intervento l'incidenza di tentativi di suicidio è doppia rispetto alla popolazione generale, e quadruplica dopo l'operazione. Per la maggior parte si verifica a distanza di 2-3 anni dopo l'intervento.

Modalità maggiormente utilizzate: intossicazione volontaria da farmaci (72%), autoimpiccagione (21%).

Persone maggiormente coinvolte: età > 35 anni, residenti in aree rurali.

## **Depressione e Rischio suicidario**

- Diversi studi hanno trovato un **aumento del rischio di suicidio e autolesionismo** dopo chirurgia bariatrica

Soprattutto in pazienti con:

- storia di depressione
- disturbi psichiatrici pregressi

Non significa che la chirurgia “causi” depressione, ma che esiste un sottogruppo vulnerabile che richiede monitoraggio psichiatrico continuativo e una attenta valutazione pre operatoria

# **Aumento del rischio suicidario dopo chirurgia bariatrica**

Meta-analisi, revisione con ~150.000 pazienti ha trovato:

- tentativi di suicidio/autolesionismo più frequenti dopo chirurgia

Rischio aumentato rispetto a:

- prima dell'intervento
- popolazione obesa non operata

In numeri:

- TS circa 17 casi su 1000
- rischio fino a ~2–4 volte maggiore rispetto ai controlli

Mortalità per suicidio

- circa 0,3% dei pazienti muore per suicidio nei follow-up

## Il rischio **non è distribuito uniformemente**

È maggiore in pazienti con:

- depressione (attuale o pregressa)
- storia di:
  - autolesionismo
  - abuso di sostanze
  - disturbi alimentari
  - scarso supporto psicologico

**Esiste un aumento del rischio in una popolazione già vulnerabile**

## **PERCHE SUCCEDE?**

### **Meccanismi ipotizzati:**

#### **Perdita del coping**

- il cibo era un meccanismo di regolazione emotiva
- dopo l'intervento → **non più disponibile**

Ciò produce un possibile aumento di:

- ansia
- depressione
- comportamenti sostitutivi (es. alcol, fumo, ecc.)

#### **Aspettative irrealistiche**

- molti pazienti si aspettano:
- “cambio totale di vita”
- se non accade → **delusione + peggioramento dell'umore**

## **Fattori biologici**

cambiamenti:

- ormonali
- neurochimici
- assorbimento farmaci (antidepressivi!)

Tutto questo può influenzare l'umore

## **Vulnerabilità pre-esistente**

La chirurgia **non crea il rischio**, ma:

- lo **seleziona**
- lo **espone**

## **Conclusione**

- Il rischio di suicidio è **aumentato dopo chirurgia bariatrica**
- È **concentrato nei pazienti con vulnerabilità psicologica**, soprattutto depressione
- Non è una controindicazione assoluta, ma: richiede **selezione accurata e monitoraggio nel tempo**

## **Controindicazioni psichiatriche (rinvio dell'intervento)**

### **Assolute (almeno finché non trattate)**

- ideazione suicidaria attiva
- tentativi di suicidio recenti
- depressione maggiore **grave e non trattata**
- psicosi attiva
- abuso di sostanze attivo
- incapacità di comprendere o aderire al percorso

In questi casi:

**→ no chirurgia → prima stabilizzazione psichiatrica**

## **Relative (valutazione caso per caso)**

- depressione moderata
- disturbi alimentari attivi
- disturbi di personalità
- scarsa aderenza pregressa

Quindi: si può operare **solo con presa in carico psicologica strutturata**

Non è la diagnosi in sé ma **la stabilità clinica e la capacità di adherence**

- Follow-up obbligatorio post-intervento

# La realtà del Centro Di Chirurgia Bariatrica e Metabolica dell'AUSL di Reggio Emilia



La valutazione psicologica avviene in tre step:

1. Colloquio Psicologico Clinico
2. Somministrazione di questionari
3. Colloquio di restituzione

# Il Colloquio Psicologico Clinico

- Anamnesi
- Storia di vita personale e familiare
- Storia del peso
- Indagine delle abitudini e dei comportamenti alimentari
- Autopercezione del tono dell'umore

Durante i colloqui si utilizzano tecniche di colloquio motivazione finalizzate al cambiamento dello stile alimentare e di vita

(QUOVADIS Study; Petroni, Caletti, et al. 2017; Sheets, et al., *Obes. Surg.* 2015; 25:330-45 ; Dalle Grave, 2018).



# La somministrazione di questionari

1. Disturbo da Alimentazione Incontrollata (BED)
2. Disturbi del Comportamento Alimentare
3. Disagio corporeo
5. Depressione
4. Sintomi psicopatologici in Asse I
6. Impulsività
7. Profilo di personalità (tratti e disturbo) e patologie in Asse I



# Il colloquio di restituzione



Il colloquio di restituzione ha la finalità di informare il paziente rispetto all'esito della valutazione psicologica



Prosegue l'iter valutativo



Approfondimento al CSM di competenza



Necessita di percorso psicologico/psicoterapia

# Il lavoro di squadra



Una buona aderenza al percorso di dieta e la riuscita del calo ponderale durante le fasi di valutazione, sono indici prognosticamente favorevoli per determinare la buona riuscita dell'intervento nel medio-lungo periodo.

Il paziente sviluppa le corrette abilità di gestione dei pasti e acquisisce nuovi stili alimentari e di vita necessari al mantenimento dei risultati dell'intervento e a prevenire il recupero del peso dopo l'intervento.

(Busetto et al., *Obes Facts*. 2017; 10: 597-632; Dalle Grave, 2018)

# La riunione d'equipe multidisciplinare e multiprofessionale

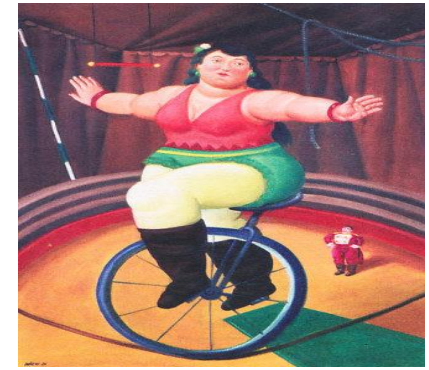


Al termine del percorso di valutazioni mediche, psicologiche e dietologiche, il paziente viene discusso in equipe multidisciplinare e multiprofessionale e viene stabilita l'idoneità o la non idoneità all'intervento bariatrico.

Successivamente, il paziente viene convocato per ricevere la decisione di team, che gli viene comunicata dal chirurgo bariatrico e dalla psicologa.

# Follow Up Psicologico

Timing: 1 mese, 3 mesi, 6 mesi, 12 mesi, 18 mesi, 24 mesi



## Obiettivi:

1. accompagnamento del paziente nel processo di calo ponderale, sostenendolo e motivandolo nel percorso alimentare;
2. elaborazione psichica dei cambiamenti dell'immagine corporea;
3. gestione della sfera emotiva (spesso si mangiava per anestetizzare pensieri ed emozioni);
4. trasformazione degli equilibri familiari e sociali che spesso si verificano come effetto del calo ponderale;
5. mantenimento delle nuove abitudini alimentari e di vita;
6. prevenzione del recupero del peso dopo l'intervento.

(Busetto et al., Obes Facts. 2017; 10: 597-632; Dalle Grave, 2018)

## **Bibliografia:**

### **Meta-analisi**

**1. Castaneda et al., 2019 – Obesity Surgery**

*Risk of Suicide and Self-harm Is Increased After Bariatric Surgery*

- 32 studi, 148.643 pazienti
- OR fino a 3.8 per self-harm

**2. Cui et al., 2024/2025 – Surgery for Obesity and Related Diseases**

*Risk of suicide after metabolic bariatric surgery*

- HR 2.12, RR 2.32

**3. Lim et al., 2018 – International Journal of Environmental Research and Public Health**

*Meta-analysis su mortalità e suicidio*

- suicidio  $\approx$  0.3%

**4. Peterhansel et al., 2013 – Obesity Reviews**

*Systematic review sul suicidio dopo bariatrica*

### **Studi osservazionali**

**5. Miller-Matero et al., 2023**

- aumento tentativi rispetto a obesi non operati

PRESIDENTE DEL CONGRESSO  
STEFANO BONILAURI

COMITATO SCIENTIFICO  
M. CASADEI | F. SEBASTIANI

# CONGRESSO SICOB OBESITÀ

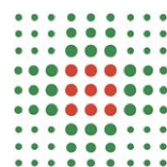
Tecnopolo di Reggio Emilia



18 APRILE 2026



## Grazie!



ARCISPEDALE S.MARIA NUOVA  
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia  
IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia  
IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia

## CENTRO DI CHIRURGIA BARIATRICA E METABOLICA



Statua di donna, Plaza Botero, Medellín, Colombia