

PRESIDENTE DEL CONGRESSO
STEFANO BONILAURI

COMITATO SCIENTIFICO
M. CASADEI | F. SEBASTIANI

CONGRESSO SICOB

OBEESITÀ

Tecnopolo di Reggio Emilia



Eventi Regionali 2026

REGGIO EMILIA

18 APRILE 2026

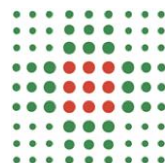
L'UTILIZZO DEI NUOVI FARMACI NEL POST OPERATORIO COME «RESCUE» NELLA RIPRESA PONDERALE

DR.SSA MICHELA D'AVINO

SPECIALISTA IN SCIENZA
DELL'ALIMENTAZIONE

SC. ENDOCRINOLOGIA-NUTRIZIONE CLINICA

AUSL IRCSS REGGIO EMILIA



ARCISPEDALE S.MARIA NUOVA
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

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

DISCLOSURE:

LILLY, NOVONORDISK, FRESENIUS KABI, BOEHRINGER INGELHEIM, NUTRICIA



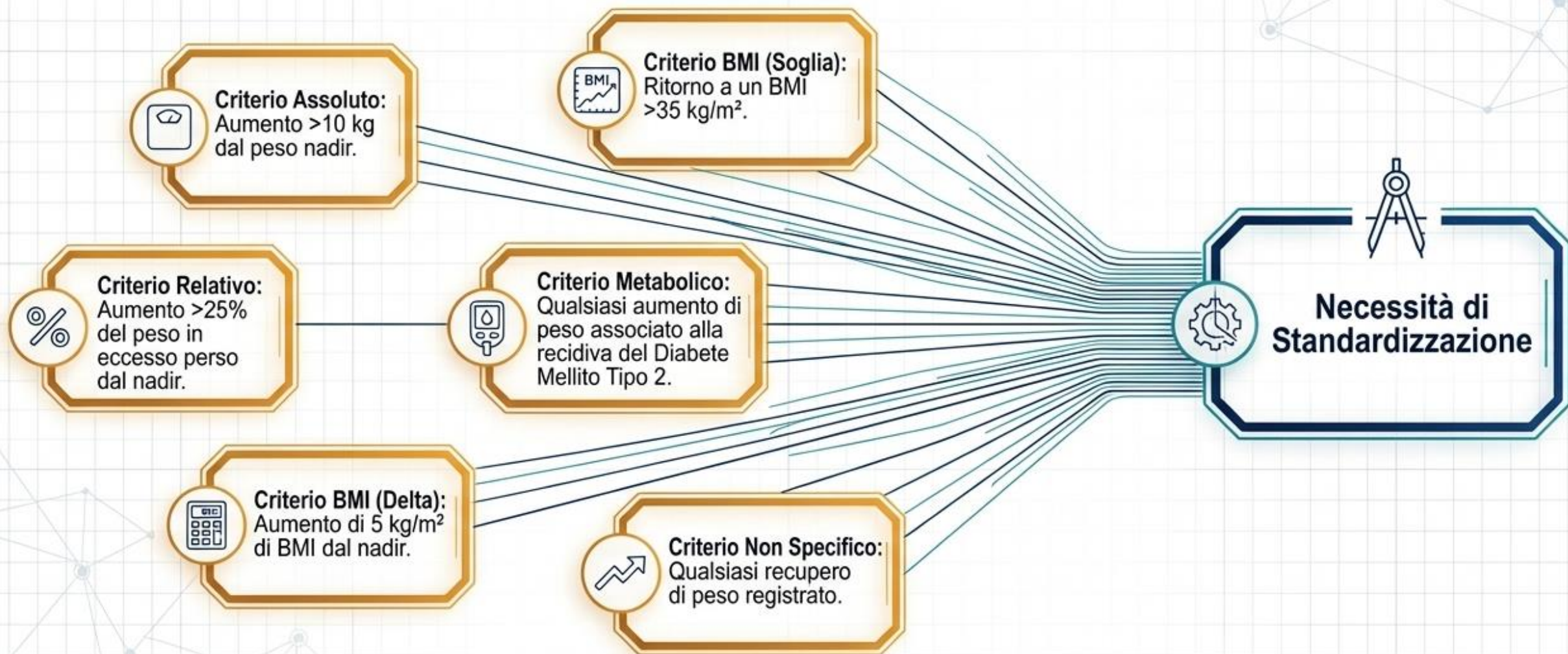
WEIGHT REGAIN, UNA SFIDA PER IL CLINICO

Weight regain: il recupero del peso dopo chirurgia bariatrica. Quali strategie?

Luca Busetto¹ · Silvia Bettini¹ · Giulia Maria Pontesilli¹

Accettato: 22 aprile 2022 / Pubblicato online: 20 settembre 2022
© The Author(s) 2022

L'entità clinica del "Weight Regain" è complessa a causa dell'assenza di una definizione univoca



Standardizzazione Diagnostica: Le Linee Guida Guida EAES (2020)

Non-Responder Primario



Momento di Valutazione: Al nadir della curva di peso (non prima di 18-24 mesi).



- Calo <10% del peso iniziale
- BMI ancora in fascia di indicazione chirurgica
- Comorbidità (es. T2D) non risolte

Non-Responder Secondario



Momento di Valutazione: Ad almeno 24 mesi (post-nadir, considerando un minimo recupero fisiologico).



- Progressivo recupero in atto
- Ritorno a BMI da indicazione chirurgica
- Inadeguato controllo delle comorbidità (recidiva T2D)



Le cause del Recupero Ponderale



Endocrino-Metabolico

- Sbilanciamento dei livelli di ormoni gastro-intestinali.
- Perdita precoce (dopo 6-12 mesi) del senso di sazietà indotto dalla chirurgia.



Anatomico

- Fallimento tecnico o dilatazione progressiva (tasca, stomaco tubulare, anastomosi).
- Fistole gastro-gastriche.



Comportamentale

- Inattività fisica (<150 min/settimana).
- Scarsa aderenza al follow-up clinico (>60% dei pazienti).
- Ritorno a cibi processati e carboidrati raffinati.



Psicologico / Disordini Alimentari

- Grazing (consumo continuo di modeste quantità).
- Night eating syndrome e Binge eating.
- Sviluppo di dipendenza da alcol (frequente post-bypass).

La restrizione calorica innesca una severa difesa omeostatica contro la perdita di peso

Il fallimento delle diete tradizionali non è una questione di volontà, ma di biologia dell'appetito.

Fase 1: Deficit Calorico

Calo del peso iniziale (es. -13.5 kg in 10 settimane).



Progresso della perdita di peso

Fase 2: Allarme Biologico

Crollo del metabolismo basale e alterazione massiccia degli ormoni periferici (Grelina, Leptina, PYY).



Segnale di allarme ormonale e metabolico

Fase 3: Adattamento Persistente

Il corpo percepisce la perdita di peso come fame in corso e lotta strenuamente per recuperare la massa grassa, rendendo il mantenimento quasi impossibile a lungo termine.

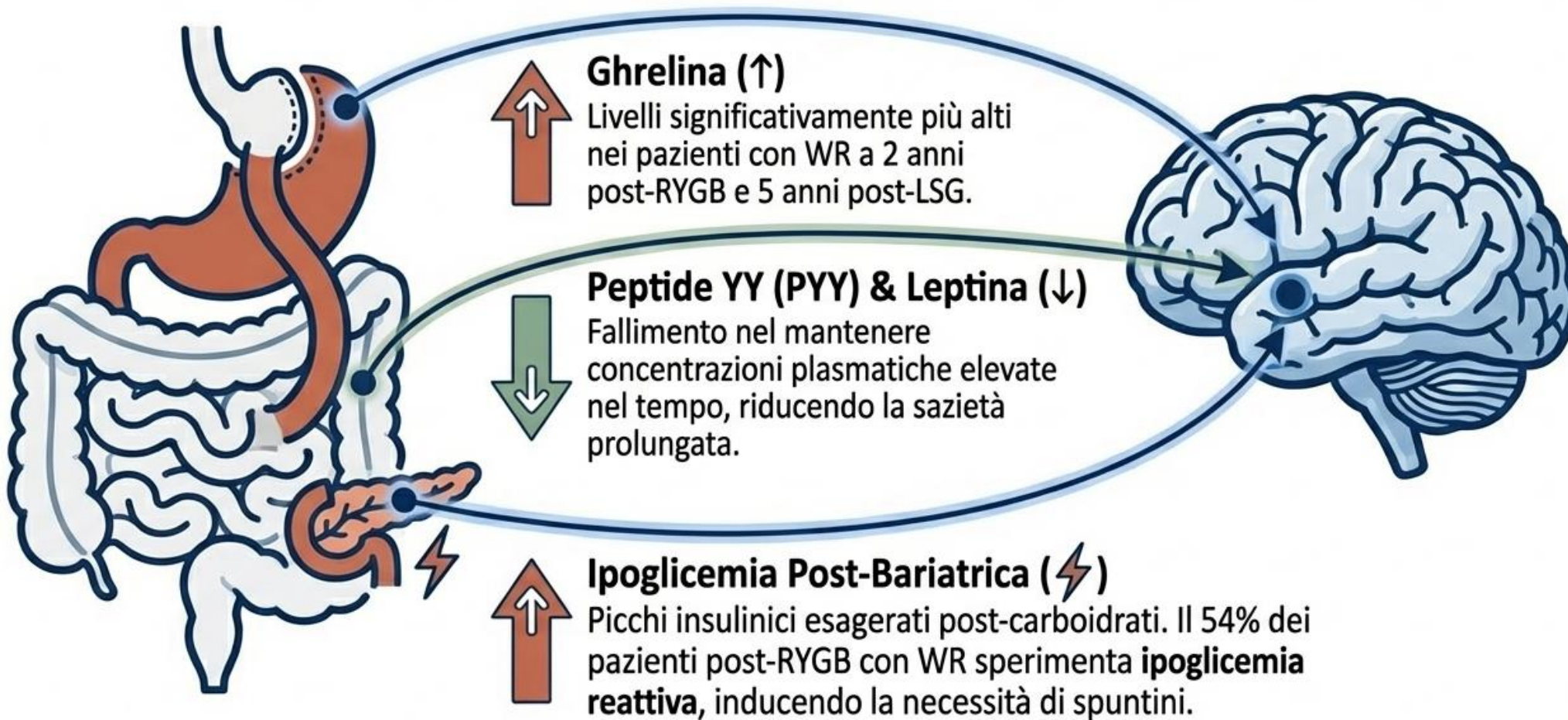


Rebound del peso e resistenza al mantenimento

I **meccanismi compensatori** che incoraggiano il **recupero del peso** non **ritornano ai valori basali**.

— Studio Clinico NEJM (Sumithran et al.)

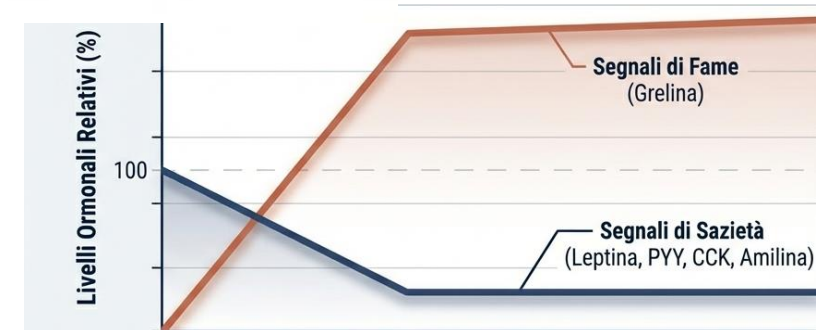
Alterazioni dell'Asse Ormonale Intestinale nel Lungo Termine



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Long-Term Persistence of Hormonal Adaptations to Weight Loss



Il Circolo Vizioso Fisiologico della Dumping Syndrome



Anatomia Alterata

Chirurgia modifica il tratto gastrointestinale.



Transito Rapido

I carboidrati raggiungono velocemente il digiuno.



Iperalimentazione

Aumento drastico dell'introito calorico quotidiano, portando al **Weight Regain**.



Sbilancio Ormonale

Alterata secrezione di ormoni gastrointestinali e picco di insulina.



Risposta Comportamentale

Necessità fisiologica di consumare spuntini frequenti.



Ipoglicemia Reattiva

Repentina discesa dei livelli di glucosio nel sangue.

Psicopatologia e Dinamiche Comportamentali Post-Operatorie



La Sindrome del Grazing

Il consumo ripetitivo di piccole quantità di cibo con perdita di controllo. Prevalenza fino al 46.6% nei post-bariatrici; la presenza di grazing porta al 47% di incidenza di WR.



Binge Eating & LOC

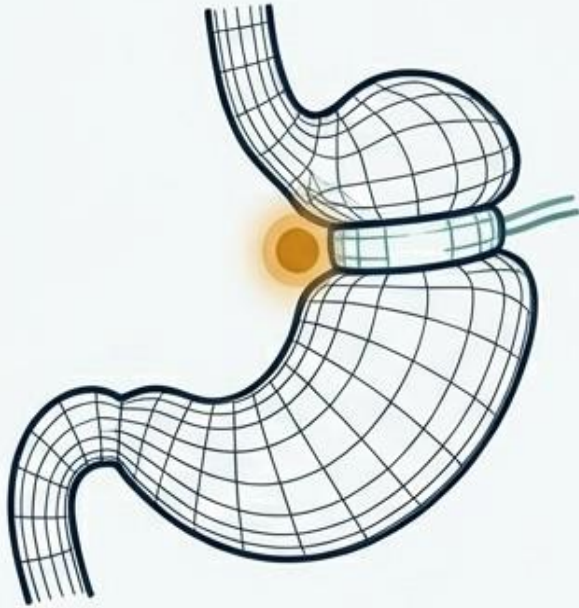
Il binge eating può riemergere nonostante la limitazione anatomica (incremento BMI 5.3 kg/m² vs 2.4 kg/m² nei non-binge eaters). Il **Loss of Control** a 12/24 mesi predice fortemente la scarsa perdita di peso.



Salute Mentale

Il 50% dei pazienti manifesta sintomi depressivi a lungo termine (22–132 mesi), un fattore fortemente correlato e predittivo per il recupero ponderale.

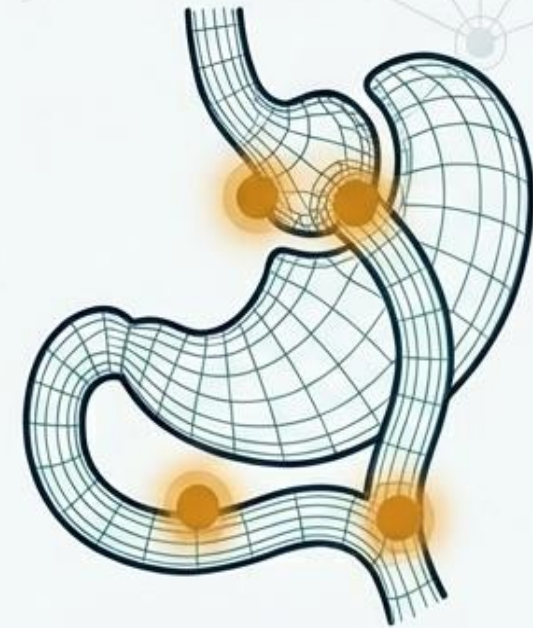
Fallimento Anatomico: La Perdita dell'Effetto Restrittivo



Bendaggio Gastrico:
Dilatazione della tasca
gastrica prossimale.



Sleeve Gastrectomy:
Dilatazione progressiva
dello stomaco tubulare.

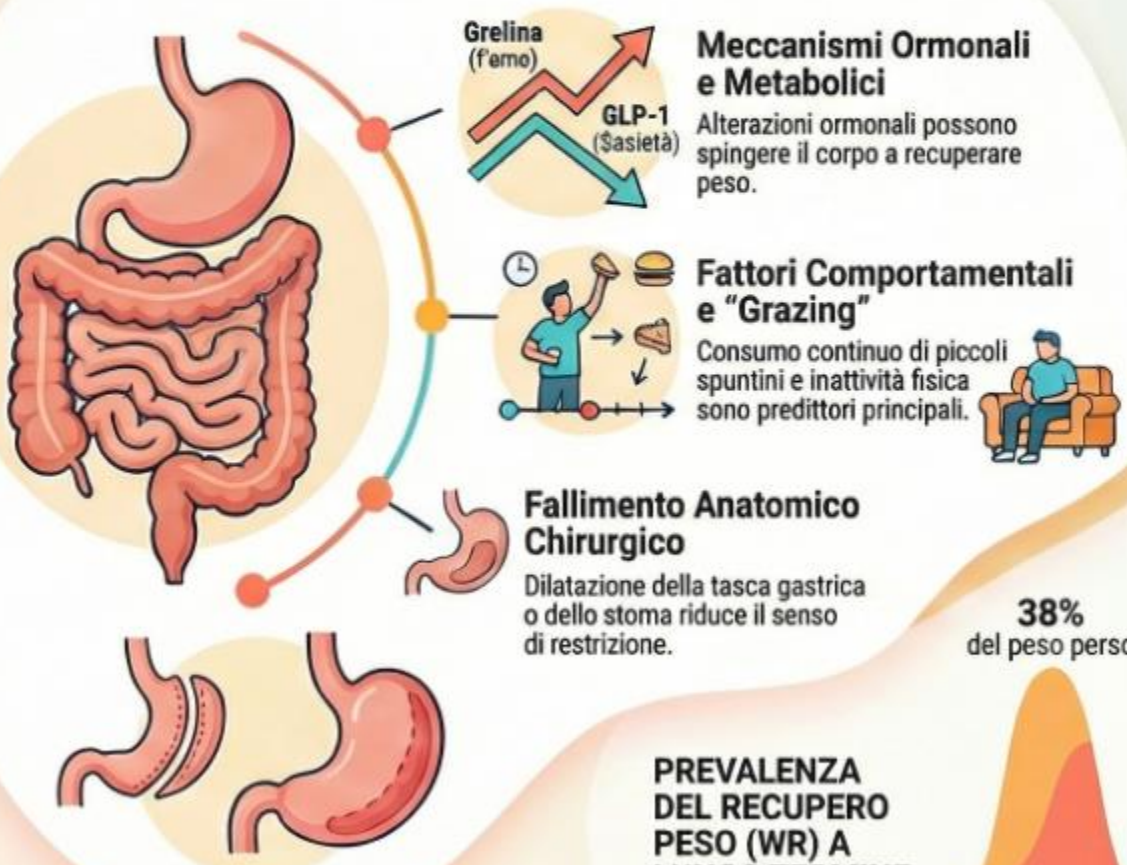


Bypass Gastrico:
Dilatazione tasca/digiunostomia
o fistola gastro-gastrica.

Recupero del Peso (Weight Regain) dopo la Chirurgia Bariatrica: Cause e Soluzioni

Comprendere il fenomeno multifattoriale e le opzioni per un approccio multidisciplinare.

PERCHÉ SI RECUPERA PESO? LE CAUSE PRINCIPALI



STRATEGIE DI GESTIONE E INTERVENTO



Intensificazione dello Stile di Vita

Monitoraggio settimanale del peso e 150-300 minuti di attività aerobica a settimana.



Terapia Farmacologica Anti-obesità

L'uso di farmaci mostra risultati promettenti nel frenare il recupero post-chirurgico.

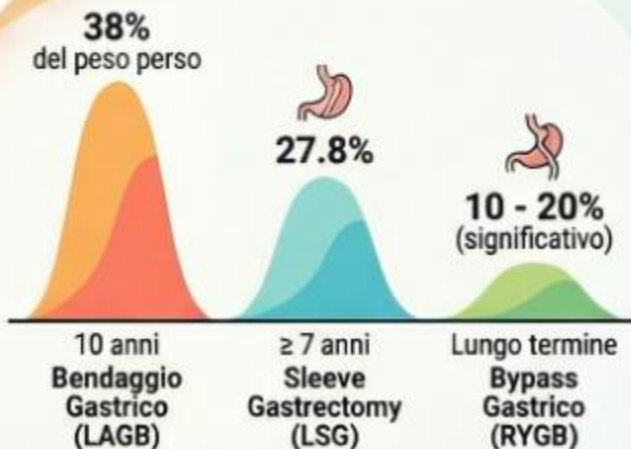


Chirurgia di Revisione

Opzione finale per complicanze anatomiche, con rischi maggiori rispetto al primo intervento.



PREVALENZA DEL RECUPERO PESO (WR) A LUNGO TERMINE



La soluzione incretinica: GIP e GLP-1 aggirano la barriera ormonale

La fisiologia nativa fornisce potenti segnali di sazietà, ma con un'emivita incompatibile con il controllo del peso a lungo termine.



GIP: Secreto dalle Cellule K nell'intestino prossimale.

GLP-1: Secreto prevalentemente dalle Cellule L nell'intestino distale.

Il Limite Biologico: Degradazione da Enzima DPP-4

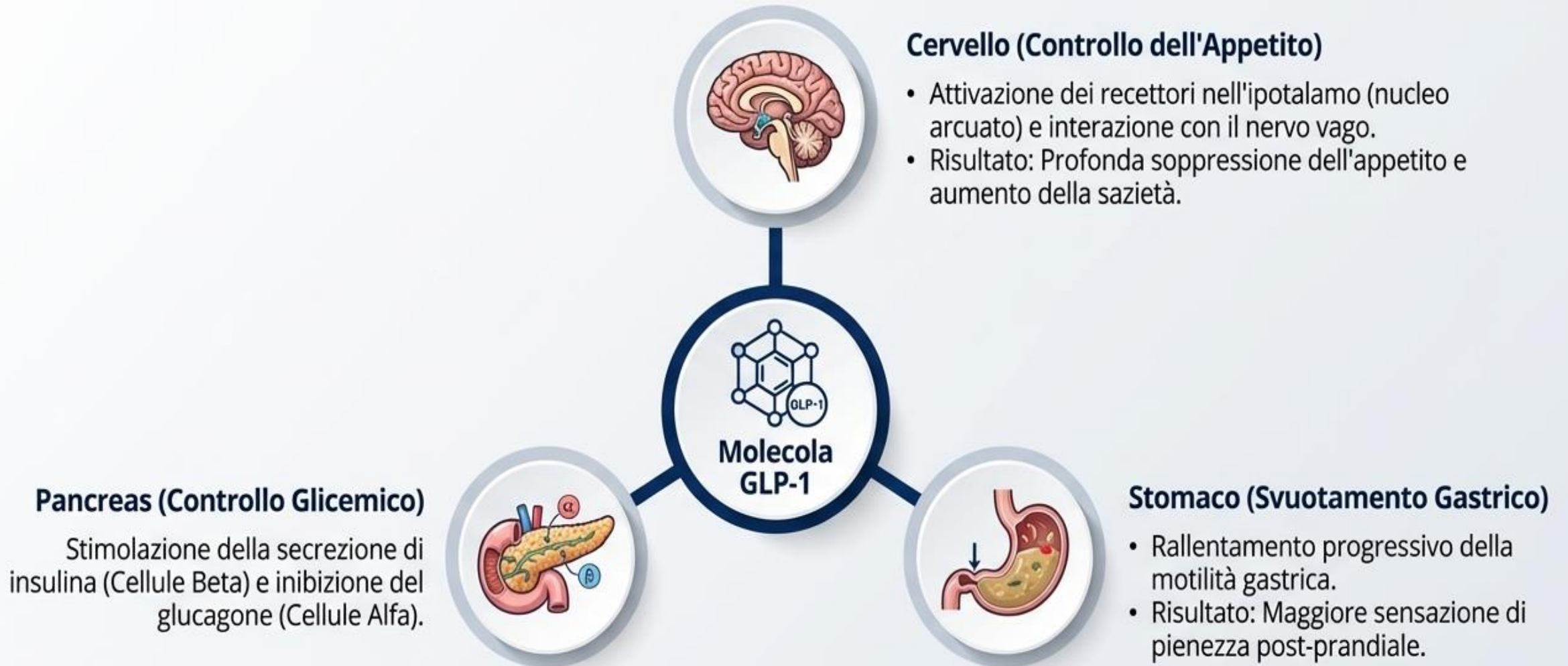
- Oltre il 50% del GLP-1 nativo viene inattivato prima di raggiungere la circolazione sistemica.
- L'emivita del GLP-1 intatto è di soli 1-2 minuti.

Secrezione
Nutrizionale

Rilascio in risposta
ai macronutrienti

L'azione multiorgano del GLP-1 ridefinisce la regolazione metabolica e neurale

I recettori GLP-1 non si limitano al pancreas, ma modulano l'appetito direttamente nel sistema nervoso centrale.





The Efficacy of Glucagon-like Peptide-1 (GLP-1) Receptor Agonists for Insufficient Weight Loss or Regain After Metabolic/Bariatric Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis

Joseph Kellett¹ · Sara S. Soliman¹ · Alicia Podwojniak¹ · Michelle Minkanic¹ · Gaurav Kumar¹ · Brandon Goodwin¹ · Hyo J. Yang² · Jana K. Elsaywah² · Zoltan H. Nemeth^{2,3}



Studio Rye
(33 pazienti)

9,7%



Calo ponderale medio a 28 settimane. Efficace indipendentemente dal tipo di chirurgia precedente (Bypass, Sleeve, Bendaggio).



Studio Wharton
(170 pazienti)

6,3 kg



Perdita media assoluta. Raggiunto dopo un follow-up clinico medio di 7,6 mesi.



Studio Suliman
(188 pazienti bariatrici)

60%



Pazienti con calo >5%. Il 23% ha raggiunto un calo >10%. Nessuna differenza di efficacia o di effetti collaterali rispetto alla popolazione non bariatrica.

GLP-1 receptor agonists liraglutide and semaglutide for weight regain after bariatric surgery

METHODS

Retrospective observational study at a Swiss bariatric reference centre:



Patients with weight regain after bariatric surgery

+



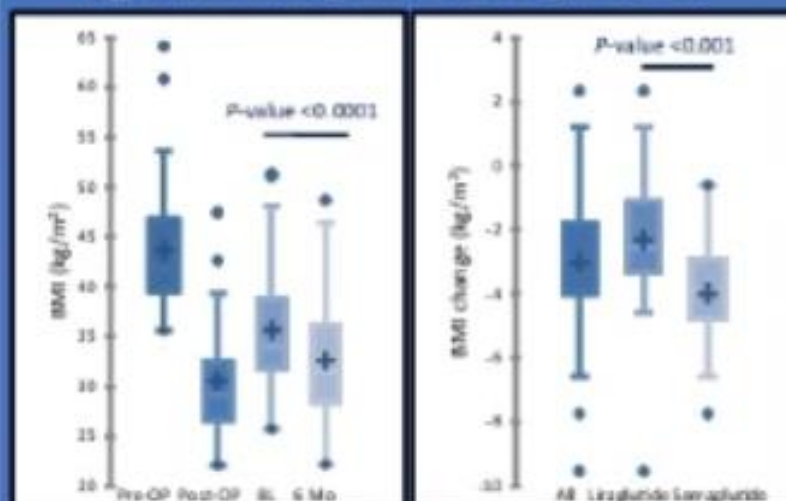
Six months with GLP1-RA (liraglutide or semaglutide)



Efficacy (change in weight) and safety of six months GLP1-RA treatment

RESULTS

N_{tot} = 50 patients (liraglutide, n=29; semaglutide, n=21)



BMI before bariatric surgery (Pre-OP), at weight nadir (Post-OP), baseline (BL) and after six months (6 Mo) of GLP1-RA treatment.

Change in BMI after GLP1-RA therapy in all patients and stratified by liraglutide and semaglutide.

Adverse events: in 36.0% of patients, all transient and mild.

CONCLUSIONS

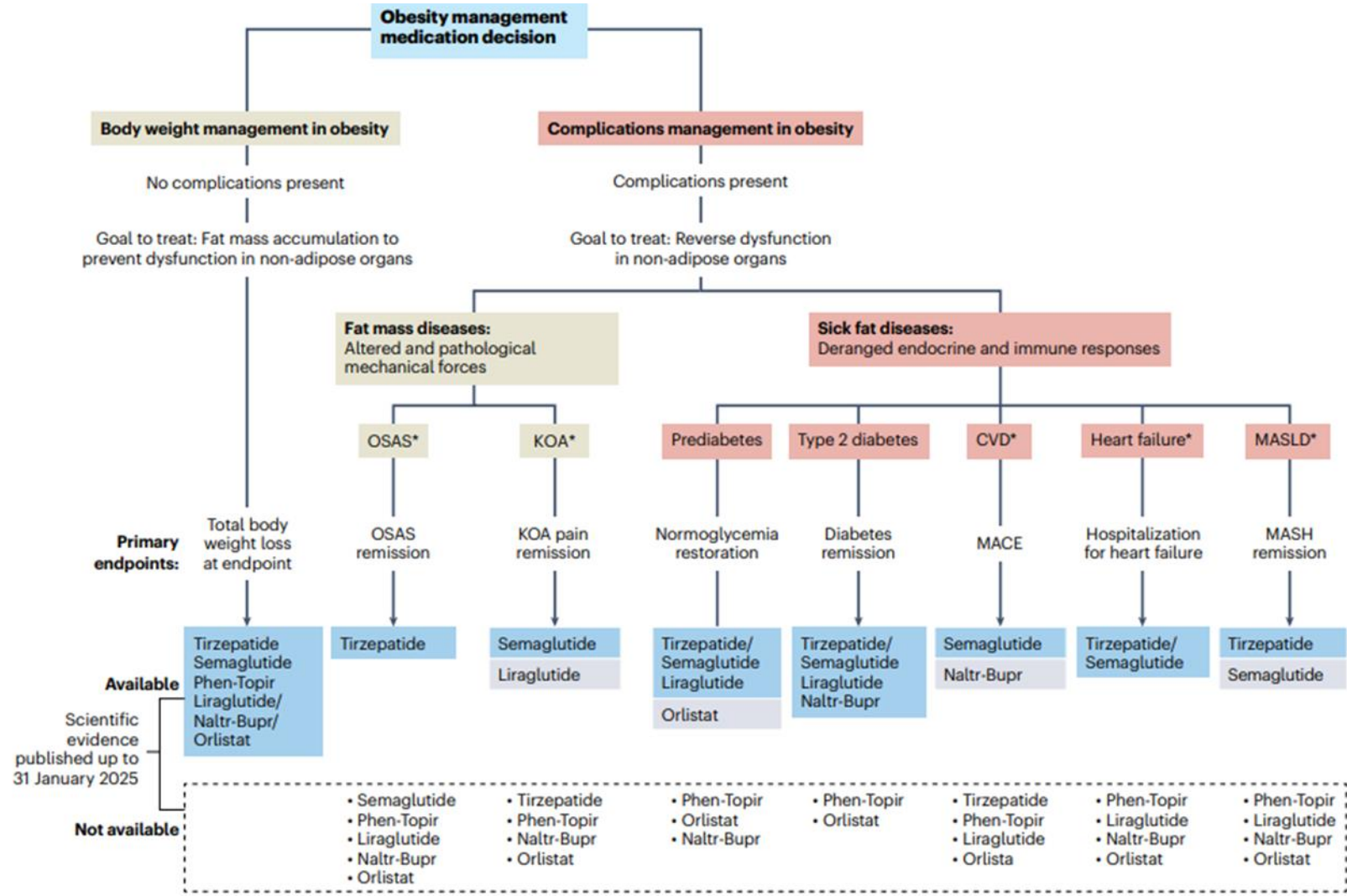


Two thirds of weight regain following bariatric surgery can be safely lost with GLP1-RAs



A significantly greater BMI loss was observed with semaglutide versus liraglutide

Framework for the pharmacological treatment of obesity and its complications from the European Association for the Study of Obesity (EASO)



La Chirurgia di Revisione: Un Percorso a Ostacoli



CHIRURGIA DI REVISIONE

- Rappresenta il **9%** di tutte le procedure bariatriche mondiali.

Alto Rischio



Tecnicamente più complessa, con **tassi di complicanze perioperatorie superiori alla chirurgia primaria**.



Scelta Drastica: Spesso richiede la conversione verso procedure ad alto grado di malassorbimento (es. BPD/DS, SADI-S).

Rischi a Lungo Termine



Espone il paziente a **gravi e continui deficit nutrizionali**.

- Espone il paziente a **gravi e continui deficit nutrizionali**.

La Farmacoterapia come «Rescue» nel weight regain



TAKE HOME MESSAGE

- Standardizzazione per rendere più semplice quantificare la prevalenza del fenomeno
- Trial randomizzati Controllati (RCT) ah hoc per l'utilizzo dei farmaci nel post bariatrico
- Intercettare i pazienti con weight regain



PRESIDENTE DEL CONGRESSO
STEFANO BONILAUDI

COMITATO SCIENTIFICO
M. CASADEI | F. SEBASTIANI

CONGRESSO SICOB OBESITÀ

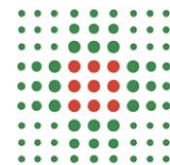
Tecnopolo di Reggio Emilia



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