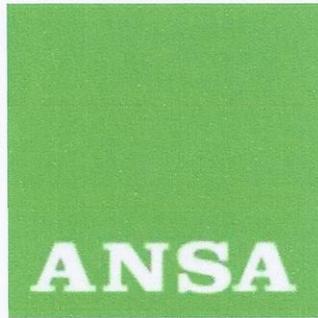


RASSEGNA STAMPA

PROF. LUIGI ANGRISANI

**Presidente Federazione Mondiale della
Chirurgia dell'obesità**





Sanità : napoletano Angrisani numero uno chirurghi obesità

Eletto presidente mondiale Federazione chirurgia Ifso

31 Agosto , 10 : 59 (ANSA) - NAPOLI, 31 AGO - E' napoletano il nuovo presidente della Ifso, la Federazione mondiale per la chirurgia dell'obesità : si tratta di Luigi **Angrisani**, classe 1959, direttore dell'Unità operativa complessa di Chirurgia laparoscopica e generale dell'ospedale San Giovanni Bosco di Napoli e docente alla scuola di specializzazione di Chirurgia generale dell'Università degli Studi di Napoli Federico II. **Angrisani** subentra al presidente uscente, l'indiano Pradeep Chowbey. L'investitura è stata ufficializzata al XVIII World IFSO Congress di Istanbul. Il nome di **Angrisani** è stato scelto dall'Executive Board e confermato dal General Council, l'organo più rappresentativo della Federazione Mondiale per la Chirurgia dell'Obesità , formato da tutti i rappresentanti delle 53 nazioni aderenti. Per **Angrisani**, già presidente della Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità , "questo nuovo incarico è motivo di orgoglio perchè attesta la possibilità di poter contribuire al progresso della medicina e alla condivisione internazionale dei risultati raggiunti, rimanendo e operando nella propria terra d'origine". "L'obesità è causa ricorrente di mortalità , seconda solo al fumo. I chili eccessivi - dice **Angrisani** - sono alla base di molte malattie. La condizione di sovrappeso eccessivo crea un disagio fisico e psicologico che non si deve trasformare in una condanna a vita. La soluzione è la gastrectomia verticale laparoscopica, che ci consente di regalare una seconda vita ai pazienti obesi". Alla IFSO, fondata nel 1995 a Stoccolma, aderiscono 8.200 chirurghi in 53 nazioni.(ANSA). YBI-SS



portale del Gruppo **Adnkronos**

[Daily_Life](#) > [Benessere](#) > [Salute: Angrisani, non sottovalutare obesità, peggio del cancro](#)

Salute: Angrisani, non sottovalutare obesità, peggio del cancro



ultimo aggiornamento: 09 ottobre, ore 16:58

Domani l'Obesity Day



condividi

Roma, 9 ott. (Adnkronos Salute) - L'obesità è pericolosa come il cancro e non deve essere sottovalutata. E' l'appello lanciato da Luigi Angrisani, presidente della Federazione mondiale di chirurgia dell'obesità in occasione dell'Obesity Day in programma domani. "L'emergenza obesità è grave almeno quanto quella del cancro ed è la principale causa di mortalità dopo il fumo - avverte Angrisani - ma le istituzioni non se ne rendono conto. I costi personali e sociali di questo problema sono altissimi, ma finché non ci sarà più consapevolezza, si continuerà a soffrire, e morire, di eccesso di sovrappeso".

"Per perdere definitivamente una quindicina di chili servono almeno tre anni - spiega Angrisani - che punta il dito contro le promesse non mantenute di certi prodotti dimagranti, le chimere del fitness per perdere decine di chili, e soprattutto l'alimentazione sbagliata. Cibo sano e movimento sono il punto di partenza per un corretto stile di vita, e anche la base della prevenzione, ma quando i chili di troppo sono decine tutto questo non basta e la soluzione - sostiene Angrisani - è solo la chirurgia. La gastrectomia verticale laparoscopica è la sola cura possibile nei casi più gravi".

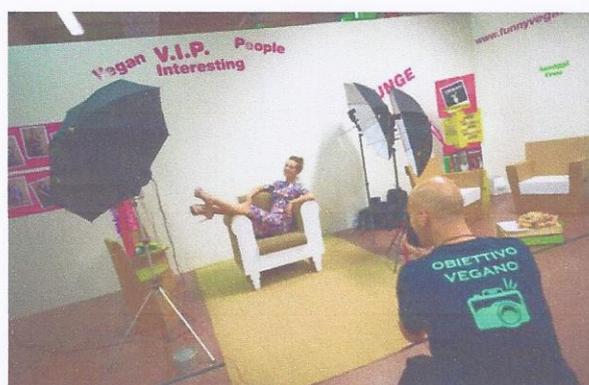
"L'aumento di peso eccessivo crea anche problemi psicologici e mina l'autostima distruggendo la qualità della vita. Riconoscere il problema quando inizia a manifestarsi, spesso già da bambini, è il primo passo - conclude Angrisani - per affrontarlo e risolverlo prima che sia troppo

tardi".

http://www.adnkronos.com/IGN/Daily_Life/Benessere/Salute-Angrisani-non-sottovalutare-obesita-peggio-del-cancro_32710882344.html

Paola Maugeri, testimonial vegan, 'il cibo della salute'

In Italia in 600 mila hanno fatto una scelta alimentare e di vita



(di **Alessandra Rotili**)

(ANSA) 31 ott. 2013 - C'è chi propone un 'veg cappuccino' per iniziare in salute la giornata e chi invita gli amici e le persone care per mettere in tavola la sua passione per il cibo sano e l'amore senza fine per gli animali. Il primo novembre si è celebrata la 'Giornata mondiale vegana', un appuntamento che in Italia riguarda gli oltre seicentomila che hanno abbracciato questa scelta alimentare e di vita: come **Paola Maugeri**, vj nota di Mtv, voce amatissima di storica del rock su "Virgin radio", scrittrice e mamma a tempo pieno. Vegana da 15 anni, vegetariana praticamente da quando è nata "perché era tutto scritto nel mio Dna", la Maugeri da sempre partecipa al World vegan day alla sua maniera: "E' una ricorrenza importante, una data che unisce - spiega - in cui tutti i vegani si impegnano a diffondere il loro pensiero. Io invito tutti a cena e faccio mangiare le cose buone di cui noi ci nutriamo". Verdure, legumi, cereali integrali e piatti in cui la fantasia si sposa alla perfezione con il gusto. "Io la mia scelta l'ho fatta in maniera del tutto naturale poco più che bambina - racconta - era paradossale che mi insegnassero ad amare gli animali e poi me li servivano sul piatto. Il mio è un approccio etico, sono contro lo specismo, gli animali sono fratelli non sudditi. Si parla della carne come di proteine nobili: ma come si fa che se vengono da un cadavere?".

Testimonial di varie campagne veg, Paola Maugeri è stata anche protagonista del progetto (diventato documentario) 'la mia vita a impatto zero', in cui ha sperimentato prodotti locali e

vegetariani, usando pannolini di mais biodegradabili e rinunciando a molte comodità come luce e gas, girando per Milano in bicicletta e sui mezzi pubblici, cercando di riflettere sul consumismo e il mercato che governano il pianeta. Ora è alle prese con un'altra fatica, un libro in uscita a marzo prossimo e garantisce "100% vegan". Una scelta, quella veg, che nonostante alcune resistenze, adesso incontra i favori anche degli onnivori e soprattutto di molti medici. "E' bene definirla alimentazione e non dieta - dice il professor Luigi Angrisani, presidente della federazione mondiale per la chirurgia dell'obesità (Ifso) - la vegana essendo una filosofia, uno stile di vita, resiste a lungo. Poche le evidenze scientifiche per la cura dell'obesità mentre ci sono studi che le attribuiscono un ruolo preventivo nell'insorgenza di questa malattia e della sindrome metabolica purché sia correttamente bilanciata. Certo il vegano obeso è un' eccezione rarissima". Comunque le diete "povere di carne ed in particolare di grassi saturi animali e ricche di fibre, sono in grado di prevenire alcune malattie in maniera significativa" aggiunge il professore che consiglierebbe questa scelta anche ai ragazzi. "Direi proprio di sì, in linea di massima ridurre significativamente i cibi di origine animale può fare solo bene alla salute e probabilmente aiuterebbe a prevenire il sovrappeso e l'obesità".

Intanto per il world vegan day anche in Italia tante le iniziative. A Milano presso il locale Balubà la prima **esposizione della mostra fotografica V.I.P. Vegan Interesting People**: più di 400 volti immortalati dai fotografi del celebre team "Obiettivo Vegano", Yuri Vazzola ed Eugenio Marongiu, per un totale di 1200 scatti. L'iniziativa vuole mostrare che i vegani sono (oltre che umani) tanti e diversi fra loro. Una grande gallery per far vedere che lo stile di vita vegan è abbracciato dalle persone più disparate. Tra queste le foto di vegani celebri come **Red Canzian** e la stessa Maugeri. L'associazione vegani onlus invece ha lanciato la campagna 'veg cappuccino day'. Chi sceglie veg non vive in bianco e nero, ma a colori.

http://www.ansa.it/lifestyle/notizie/passioni/food_wine/2013/10/31/Paola-Maugeri-Vegan-Day-ecco-cibo-salute_9550593.html



DOMANI IN CAMPANIA

13 Maggio , 19 : 00 (ANSA) - NAPOLI, 13 MAG - avvenimenti previsti per domani in Campania: 28) SAN NICOLA LA STRADA (CE) - Salone Borbonico- Piazza Municipio n. 14 ore 09:30 Continuano le attività del progetto Alimentazione e Sport, promosso dall'Unità Operativa di Educazione alla Salute del Dipartimento di Prevenzione della ASL Caserta. 29) NAPOLI - Comune - via Verdi, 35 ore 09:30 riunioni di commissione: ore 09:30 Politiche urbane, urbanistica e Beni comuni; ore 10:00 Welfare e Pari Opportunità ; ore 11:00 Welfare e Pari Opportunità ; ore 12:00 Scuola e Bilancio (congiunte);ore 12:00 Affari Istituzionali 30) GIFFONI VALLE PIANA (SA) - Cittadella del Cinema ore 09:00 Giornata dedicata ai diversamente abili: 400 diversamente abili provenienti dai centri di riabilitazione della provincia di Salerno, parteciperanno alla manifestazione "Noi oltre alle barriere" organizzata da Aura, il sociale del Gff e il Giffoni Experience 31) NAPOLI - Hotel Royal - ore 10:30 Prende il via la due giorni presieduta ed organizzata a Napoli dal Prof. Luigi Angrisani, Presidente della Federazione Mondiale Chirurgia Bariatrica e Metabolica - IFSO Congresso internazionale chirurgia dell'obesità a Napoli - la chirurgia attraverso la bocca per vincere l'obesità . Si conclude il 15 maggio con interventi in diretta. (ANSA). BOM



OGGI IN CAMPANIA

14 Maggio , 09 : 14 (ANSA) - NAPOLI, 14 MAG - avvenimenti previsti per oggi in Campania: 28) SAN NICOLA LA STRADA (CE) - Salone Borbonico- Piazza Municipio n. 14 ore 09:30 Continuano le attività del progetto Alimentazione e Sport, promosso dall'Unità Operativa di Educazione alla Salute del Dipartimento di Prevenzione della ASL Caserta. 29) NAPOLI - Comune - via Verdi, 35 ore 09:30 riunioni di commissione: ore 09:30 Politiche urbane, urbanistica e Beni comuni; ore 10:00 Welfare e Pari Opportunità ; ore 11:00 Welfare e Pari Opportunità ; ore 12:00 Scuola e Bilancio (congiunte);ore 12:00 Affari Istituzionali 30) GIFFONI VALLE PIANA (SA) - Cittadella del Cinema ore 09:00 Giornata dedicata ai diversamente abili: 400 diversamente abili provenienti dai centri di riabilitazione della provincia di Salerno, parteciperanno alla manifestazione "Noi oltre alle barriere" organizzata da Aura, il sociale del Gff e il Giffoni Experience 31) NAPOLI - Hotel Royal - ore 10:30 Prende il via la due giorni presieduta ed organizzata a Napoli dal Prof. Luigi Angrisani, Presidente della Federazione Mondiale Chirurgia Bariatrica e Metabolica - IFSO Congresso internazionale chirurgia dell'obesità a Napoli - la chirurgia attraverso la bocca per vincere l'obesità . Si conclude il 15 maggio con interventi in diretta. BOM

L'allarme di Angrisani, presidente mondiale dei chirurghi «Obesità più pericolosa del cancro»

Luciano Pignataro

«Siamo di fronte ad una emergenza peggiore del cancro ma non ce ne rendiamo conto. E paghiamo ogni anno costi sociali molto alti, ma la cosa peggiore è che non ce ne rendiamo proprio conto». Non usa mezzi termini Luigi Angrisani, classe 1959, presidente della Federazione Mondiale per la Chirurgia dell'Obesità. A che stadio bisogna iniziare a prendere in considerazione la soluzione chirurgica? «Già dopo quota 30 (indice di massa corporea, ossia il dato che si ricava dal rapporto tra peso e altezza). Teoricamente con una buona dieta si potrebbe evitare, ma la realtà è che quasi nessuno ci riesce».

Progetto Etico e Sociale
LAUREA = + LAVORO
Università Telematica PEGASO

Il tuo futuro ci sta a 

Studia con **6 euro** al giorno tutto compreso
LIBRI TASSE TUTOR

NO NUMERO CHIUSO
200 SEDI

Numero Verde
800-185095

www.unipegaso.it



«Sopra i 30 di massa corporea necessario intervenire subito
 La chirurgia estetica solo dopo»

Luciano Pignataro

«Siamo di fronte ad una emergenza peggiore del cancro ma non ce ne rendiamo conto. E paghiamo ogni anno costi sociali molto alti, ma la cosa peggiore è che non ce ne rendiamo proprio conto». Non usa mezzi termini Luigi Angrisani, partenopeo, classe 1959, presidente della Federazione Mondiale per la Chirurgia dell'Obesità fresco di nomina nelle mani del Dalai Lama che ha dovuto subire un intervento.

Quando il problema inizia ad essere considerato dal punto di vista medico?

«Oggi sono stati elaborati rapporti precisi sull'indice di massa corporea, ossia il dato che si ricava dal rapporto tra peso e altezza. Sopra il 21 siamo già fuori norma, dopo 25 si è "visibilmente in sovrappeso". A partire da 30 si parla di obesità grave in diversi stadi sempre più a rischio».

A che stadio bisogna iniziare a prendere in considerazione la soluzione chirurgica?

«Già dopo quota 30. Teoricamente con una buona dieta si potrebbe evitare, ma la realtà è che quasi nessuno ci riesce. Bisogna pensare che per perdere in maniera definitiva una quindicina di chili servono almeno tre anni». **Quindi la sala operatoria non è una scelta, ma una necessità.**

Campania

«La regione più colpita ma non c'è alcun programma per curare i pazienti»

«Non voglio fare terrorismo, ma è venuto il momento di considerare l'obesità alla stessa stregua del cancro. Quando scatta l'allarme bisogna intervenire a livello medico prima che sia troppo tardi».

In cosa consiste l'intervento, è sicuro?

«Ormai i primi interventi con il laser risalgono al 1999 e l'Italia è assolutamente all'avanguardia in questo campo grazie al professore Nicola Scopinaro di Genova che ha aperto un'autostrada a tutti noi. Si tratta

L'allarme

«Obesità peggio del cancro ma per lo Stato non esiste»

Angrisani, presidente mondiale dei chirurghi: siamo al disastro

semplicemente di ridurre lo stomaco dell'80%». **Non si può ricorrere al famoso palloncino?**

«Si tratta di una tecnica efficace per ridurre peso, ma non risolve alla radice il problema perché poi dopo due mesi deve essere tolto. In realtà questa tecnica è utile per le persone che non possono essere operate proprio perché gravemente obese. In tal caso si applica prima il palloncino e quando diventano operabili si interviene chirurgicamente».

E la chirurgia estetica?

«Sicuramente utile, ma alla fine di questo processo, mai prima. Serve a dare tonicità alla pelle, non può sostituirsi ad un protocollo lungo da affrontare in modo consapevole e impegnativo».



Lei dice che in Italia siamo all'avanguardia, ma le strutture pubbliche?

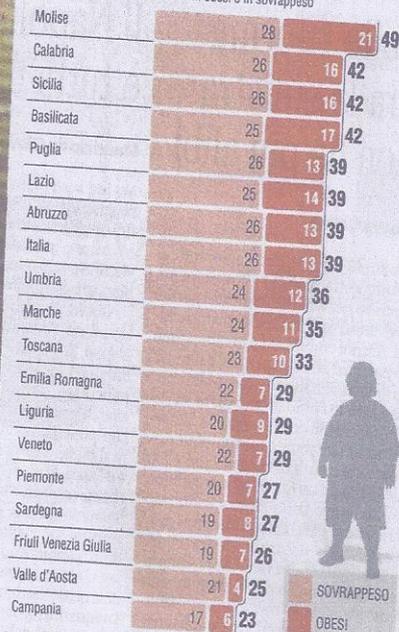
«Questo è un capitolo deprimente. Semplicemente non esistono. Dimagrire non vuol dire mangiare di meno, ma avere centri specializzati per la riabilitazione motoria che da noi sono quasi del tutto sconosciuti. Il paradosso è che quanto più il problema incide sul territorio tanto più c'è assenza di supporto alla nostra attività».

Insomma, l'intervento chirurgico è solo una puntata del programma.

«Esatto, proprio come accade nel caso di pazienti malati di tumore: si asporta il necessario, ma poi si devono seguire dei protocolli. Esattamente lo stesso vale per gli obesi, perché prima e dopo l'intervento bisogna fa-

La situazione Obesità infantile nelle regioni italiane

Percentuale di bambini di 8-9 anni obesi o in sovrappeso



Fonte: Ministero della Salute

<centimetri



Luigi

Angrisani

Il primario con il Dalai Lama da cui ha avuto simbolicamente la nomina a presidente della federazione Mondiale dei chirurghi per l'obesità

re molto movimento».

Lei ritiene che il problema sia in crescita? E perché il Sud è più colpito?

«Il cibo resta il bisogno più economico, è chiaro che gli strati sociali più poveri sono dunque i più esposti. Naturalmente poi c'è il discorso di come è cambiata l'alimentazione: mangiamo pane e pasta ma le verdure sono quasi scomparse dall'alimentazione quotidiana dei bambini. Infine non c'è esercizio fisico, la vera prevenzione. Ciascuno di noi dovrebbe camminare almeno un'ora al giorno, proprio come ci laviamo i denti la mattina».

Lei è primario al san Giovanni Bosco dell'Asl Napoli 1. Qual'è l'atteggiamento della regione Campania su questa emergenza?

«Molto semplice: l'obesità non è un tema di intervento o di discussione. Come del resto accade in quasi tutte le altre regioni. Quando si capirà che è peggio del cancro allora forse si adotteranno misure concrete».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**GINSENG
COFFEE**
West End

€1,20* ANNO 135 - N° 275
ITALIA

Sped. Abb. Post. legge 662/85 art. 2/18 Roma

Il Messaggero

Mercoledì 9 Ottobre 2013 • S. Dionigi

IL GIORNALE DEL MATTINO



Obesity day

Giovedì centri aperti e specialisti per tutti

► L'Obesity day ha lo scopo di far conoscere meglio questa patologia e, soprattutto, permettere a chi si vergogna o ha paura di avvicinare un medico di farsi coraggio. E chiedere. Per questo quasi tutti i centri domani saranno aperti al pubblico o, comunque, potranno essere contattati per avere informazioni (www.obesityday.org). Saranno date indicazioni anche sulle scelte da fare per i menù quotidiani tenendo conto anche delle difficoltà economiche di questo momento. L'osservatorio sugli stili di vita e le abitudini alimentari dell'Associazione italiana di dietetica e nutrizione clinica ha rilevato che il 67% degli italiani fa attenzione alle promozioni e agli sconti ma, allo stesso tempo, dimentica la qualità organolettica e nutrizionale dei prodotti.

Un milione e mezzo si affida al bisturi

LA CHIRURGIA

Sono almeno un milione e mezzo i pazienti che potrebbero avere benefici dal bisturi. Un calo di peso, dicono i chirurghi, importante e duraturo. Ma solo settemila, ogni anno, vengono operati nei nostri ospedali pubblici contro i ventisette-mila della Francia.

«Nel nostro Paese i centri specializzati sono solo un centinaio - spiega Marcello Lucchese, presidente della Società italiana di chirurgia dell'obesità e delle malattie metaboliche - a differenza del resto d'Europa. Il loro numero è costante da almeno dieci anni. Un paziente che chiede un intervento di chirurgia bariatrica deve aspettare da sei a dodici mesi prima di entrare in sala operatoria».

Le liste d'attesa sono sempre più lunghe. Eppure, fin dagli anni Novanta, gli specialisti italiani sono considerati dei maestri fuori dai nostri confini. «Si tratta

di interventi salvavita - aggiunge Lucchese - che rappresentano un investimento e non solo un costo». Secondo gli specialisti la terapia chirurgica è «l'unica forma di trattamento che consente la guarigione duratura con un elevatissimo numero di casi degli obesi gravi e dei superobesi».

GLI OBIETTIVI

Lo scopo dell'operazione è quello di ridurre l'assunzione di cibo tramite la diminuzione della capacità gastrica (interventi di restrizione) o di diminuire l'assorbimento di sostanze nutritive ad parte dell'intestino (interventi malassorbitivi) o ancora di dare

una sazietà precoce con meccanismo metabolico (interventi misti).

«La chirurgia bariatrica è riservata a pazienti con un eccesso di peso patologico - aggiunge Luigi Angrisani presidente dell'International federation for the surgery of obesity and metabolic disorders - e per i quali le altre terapie, diete, farmaci, esercizio fisico, psicoterapia, non hanno avuto successo a lungo termine. Si tratta di interventi importanti con grandi modificazioni sia fisiologiche che psicologiche per cui è molto importante aver provato prima percorsi di rieducazione dietetico-comportamentale».

Situazione drammatica al Sud dove si fanno pochi interventi (uno su sette di tutti quelli italiani), dove il 36% dei bambini è obeso e dove due regioni, Campania e Puglia, vantano il primato europeo per sovrappeso tra i più piccoli.

C.Ma.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**«INTERVENTI SALVAVITA
MA POCHE SONO I CENTRI
SPECIALIZZATI E LUNGHE
LE LISTE D'ATTESA»**

Marcello Lucchese
Società chirurgia obesità.

+

Medicina > **Cibo: abitudine culturale**



OBESITÀ ADOLESCENZIALE



DR. LUIGI ANGRISANI

Presidente "Incoming"
Federazione Mondiale per la
chirurgia dell'Obesità

Il problema dell'obesità interessa in maniera sempre più rilevante non solo gli adulti, ma anche i bambini e gli adolescenti. In Italia quasi un bambino su quattro è obeso, o comunque in sovrappeso. Nella nostra penisola il fenomeno dell'obesità interessa maggiormente l'Italia meridionale e, in

IN ITALIA IL 36% DELLA POPOLAZIONE, IN UNA FASCIA COMPRESA TRA I 6 E I 17 ANNI, È AFFETTO DA QUESTA PATOLOGIA. QUANDO PERÒ LO STADIO È GRAVE, SI PUÒ INTERVENIRE CON LA CHIRURGIA CHE, UTILIZZANDO TECNICHE POCO INVASIVE, MODIFICA LA GRANDEZZA DELLO STOMACO CON UNO STRUMENTARIO MINIATURIZZATO E ALTAMENTE SOFISTICATO DAL PUNTO DI VISTA TECNOLOGICO

particolare, la Campania è la regione in cui la patologia registra la percentuale più alta rispetto alle altre: dei sei milioni di obesi italiani, oltre 700 mila vivono in questa regione. Nel meridione il problema del rapporto con il cibo è antropologico ed intercetta le abitudini culturali che si fondano, spesso, sull'equivalenza tra la sua assunzione e il benessere. Nonostante la dieta mediterranea sia quella più equilibrata da un punto di vista scientifico, il mancato rispetto di alcuni principi fondamentali determina pro-

blemi di sovrappeso sin dall'età infantile, con casi problematici di obesità. Il mangiare bene è soprattutto una questione di cultura e volontà. Nonostante l'eccesso di peso ponderale aumenti con l'età, il 36% della popolazione, compresa tra i sei e i diciassette anni, è affetto da tale patologia. Presupposto essenziale per la prevenzione dell'obesità, soprattutto in età pediatrica, è la regolare attività fisica abbinata ad una dieta variegata. Sempre più spesso tali abitudini sono disattese, così come la corretta applicazio-

ne di consigli dietetico-comportamentali quando la patologia si è manifestata. Ho elaborato un vademecum di regole da osservare per prevenire la patologia:

- Praticare un'ora al giorno di attività fisica programmata, anche solo camminata. L'esercizio fisico (cammino, tapis-roulant, nuoto) deve essere considerato come una norma igienica, esattamente come lavarsi i denti.
- Bere 1,5 litri di acqua al giorno. Attraverso l'acqua si eli-

minano le sostanze di scarto e quindi anche quelle provenienti dalla metabolizzazione del grasso.

- Bere un bicchiere di acqua ogni qualvolta si avverte lo stimolo della fame e prima di ogni pasto aiuterà a controllare meglio l'appetito.
- Seguire un'alimentazione equilibrata, scegliendo il cibo secondo quest'ordine di priorità: legumi, pesce, carne, frutta e verdura, latte e derivati, cereali integrali, uova.
- Mangiare solo se si ha realmente fame, cercando di decifrare bene i bisogni del corpo. I genitori dovrebbero distinguere se l'appetito è scatenato da una pulsione, e dunque da uno stimolo emotivo, o da una reale esigenza fisica.
- Masticare bene: divorare il cibo impedisce di sentirne il sapore, questo spinge a mangiarne sempre di più senza sentirsi appagati.
- Non consumare mai un pasto completo: antipasto, primo, secondo e dolce. Scegliere tra le pietanze quella che fa più gola, consumarla senza sensi di colpa e con la consapevolezza di avere il controllo della situazione.

Senza questi presupposti perdere peso diventa difficile, perdere massa grassa lo è ancora di più e mantenere la perdita dei chili nel tempo quasi impossibile.

La chirurgia senz'altro rappresenta una reale possibilità nel trattamento



dell'obesità grave di pazienti con età uguale o superiore a quindici anni, dopo il fallimento delle terapie conservative dietetico-comportamentali. Essa, naturalmente, va considerata in casi selezionati con indice di massa corporea (Kg/m^2) > 40 specialmente in concomitanza di ipertensione, diabete tipo II e sindrome delle apnee notturne. Sono le malattie dipendenti dall'obesità che peggiorano la qualità della vita e ne accorciano la durata. Questi ragazzi, che i chirurghi statunitensi definiscono "Young Adults", devono essere ben informati dall'équipe medica sui vantaggi e svantaggi della chirurgia, perciò è indispensabile il consenso dei genitori e la condivisione della scelta di sottoporsi all'intervento. La moderna chirurgia per risolvere questi tipi di problemi utilizza tecniche poco

invasive, senza l'apertura dell'addome, sfruttando le cavità naturali con la gastroscopia

o con la laparoscopia e introducendo nell'addome un telescopio della grandezza di una penna biro ($< 1 \text{ cm}$), con una telecamera miniaturizzata in grado di proiettare le immagini su un monitor. Praticando altre tre o quattro forellini dello stesso diametro si possono eseguire tutti gli interventi chirurgici previsti per ottenere la riduzione del peso corporeo, modificando la grandezza dello stomaco con uno strumentario miniaturizzato e altamente sofisticato dal punto di vista tecnologico.

La degenza ospedaliera per questi interventi è ridotta a 24-48 ore e non comporta molto dolore per il paziente. La chirurgia mini-invasiva rappresenta, per il trattamento dell'obesità negli adolescenti, l'unica possibilità di ottenere non solo la perdita del peso nei primi due anni dopo l'intervento (40-80% dell'eccesso ponderale), ma anche il mantenimento di quello perso. I risultati della chirurgia sono condizionati dal grado di collaborazione dei pazienti e delle famiglie nell'intraprendere un programma riabilitativo post-operatorio che prevede: con-

trollo psicologico-psichiatrico, educazione nutrizionale, fisioterapia motoria, esercizio fisico programmato, prevenzione delle complicanze chirurgiche con controlli frequenti soprattutto nei primi diciotto mesi quando l'intervento esprime la sua maggiore efficacia. Per questo tipo di operazione è indispensabile rivolgersi ai centri dove si svolge un alto volume di attività, equivalente a più di cento interventi l'anno, proprio perché possano assicurare il minimo rischio di problemi. Le complicanze chirurgiche, sebbene rare per la categoria di pazienti, rimangono il vero "tallone di Achille" di questa modalità terapeutica. La sfida più impegnativa per il chirurgo che affronta tale difficile problema clinico è sopportare lucidamente il peso della responsabilità, ma anche e soprattutto stabilire un rapporto emozionale con il paziente affrontando insieme difficoltà e pericoli.

Leggere la felicità negli occhi di questi giovani che tornano a una vita normale con i loro coetanei e le loro famiglie è la mia più grande soddisfazione. ■



Medicina

Se il sovrappeso diventa ingestibile



STOMACO XXL



DR. LUIGI ANGRISANI

Presidente "Incoming"
Federazione Mondiale per la
chirurgia dell'Obesità

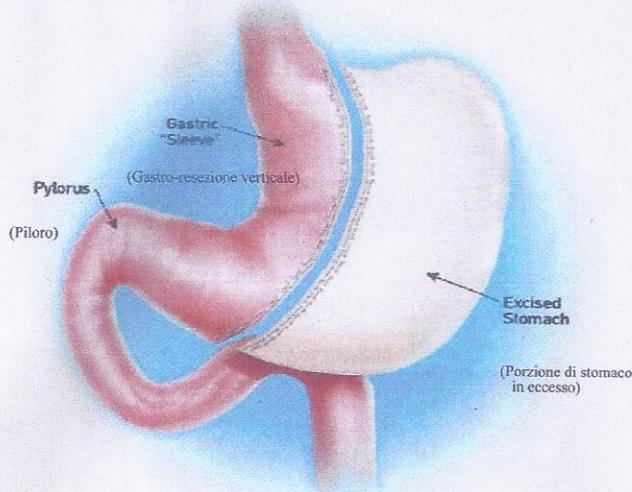
L'obesità come ricorrente causa di mortalità è seconda solo al fumo; i chili eccessivi sono una malattia a tutti gli effetti che, spesso, causano altre malattie; la condizione di sovrappeso eccessivo, come disagio fisico e psicologico, non si deve trasformare in una condanna a vita, dal momento che una soluzione c'è ed è stata collaudata nel tempo: la gastrectomia

L'OBESITÀ È UNA MALATTIA. SE RISCHIA DI TRASFORMARSI IN UNA CONDANNA A VITA, LA SOLUZIONE, ORMAI COLLAUDATA DA TEMPO, È OFFERTA DALLA CHIRURGIA GRAZIE ALLA GASTRECTOMIA VERTICALE LAPAROSCOPICA

verticale laparoscopica. Una sorta di lifting dello stomaco che regala una seconda vita ai pazienti obesi, sconfiggendo quella sensazione continua di fame inducendo il senso di appagamento. L'intervento gastrorestrittivo è il punto di arrivo (attraverso un percorso personalizzato), ma anche un punto di partenza per il paziente che, dopo aver scelto di ricorrere alla chirurgia, deve comunque cambiare stile di vita, seguire un regime alimentare corretto e fare attività fisica, tutte cose che andrebbero praticate anche prima ma che, raggiunti certi livelli di obesità, non sono più sufficienti e generano solo ulteriore frustrazione. L'assunto da cui si parte è questo: con l'evoluzione, l'uomo ha mantenu-

to uno stomaco che è eccessivo rispetto alle sue reali necessità. Basterebbero fino a $\frac{3}{4}$ di stomaco in meno, visto lo stile di vita contemporaneo e le abitudini più sedentarie (introito calorico medio più che raddoppiato negli anni a fronte di un consumo calorico pro-capite notevolmente ridotto) di quelle dei nostri antenati. A ciò si aggiunge un consumo in eccesso di alimenti e bibite ad alta densità energetica, come i cibi già pronti, ricchi di grassi, più appetibili e a basso costo. Ad uno stomaco "in surplus" si aggiunge un'alimentazione da rivedere. Quando il sovrappeso raggiunge livelli ingestibili, il soggetto obeso vive difficoltà nella vita sociale e affettiva, spesso una discriminazione nel

mondo del lavoro, talvolta una vera e propria emarginazione. C'è poi il rischio dell'insorgenza di malattie che interessano il sistema cardiocircolatorio e osteoarticolare. Sono frequenti i casi di diabete mellito di tipo 2, calcoli biliari, problemi respiratori, oltre ad una maggiore incidenza di sviluppo di alcuni tumori che colpiscono soprattutto stomaco, colon, mammella, colecisti ed endometrio. La chirurgia è l'unico trattamento dell'obesità in grado di garantire risultati sulla perdita di peso durevoli nel tempo. Di fronte al fallimento di tecniche usate in passato, la gastrectomia verticale laparoscopica risulta più efficace e meno invasiva. La laparoscopia si serve di strumenti chirurgici mi-



niaturizzati e consente di vedere all'interno, nel punto in cui si opera, attraverso una sonda con una piccola telecamera. Come per i tumori, anche per l'obesità è necessario per ciascun paziente stabilire lo stadio della malattia. Il metodo più semplice è il calcolo dell'Indice di Massa Corporea (BMI) basato su misure antropometriche, semplicemente il peso in Kg diviso l'altezza in m². Si parla di obesità quando il BMI è uguale o superiore a 30. Il rischio di morire per un paziente obeso è direttamente proporzionale al suo grado di obesità. Tale rischio aumenta in presenza di malattie associate quali patologie cardiovascolari, polmonari, metaboliche (diabete, dislipidemie), articolari e tumorali. Calcolosi della colecisti, ernia iatale e reflusso gastro-esofageo,

toporsi all'anestesia generale. Il rischio operatorio è circa l'1% ed aumenta proporzionalmente allo stadio della malattia, alla presenza di una o più malattie associate, al grado di complessità tecnica dell'intervento, all'età (soprattutto se superiore a 60 anni). La mortalità è inferiore in casistiche operatorie con elevato volume di lavoro. La gastrectomia verticale è tra i più recenti interventi ideati e proposti in Nord America per curare l'obesità. Limita l'assunzione del cibo per la drastica riduzione del volume gastrico ed ha ottenuto un riscontro favorevole tra i chirurghi italiani. Questo tipo di intervento chirurgico è stato effettuato per la prima volta nel 1998 da Hess e Marceau come parte di un intervento malassorbitivo più complesso, la Diversione bilio-pancreatica

tro-pilorica ed asportazione del fondo gastrico, allungamento del tratto intestinale "comune" per limitare l'impatto di alcuni degli effetti collaterali connessi al malassorbimento. La diffusione della gastrectomia verticale ha avuto inizio nel 2000 con l'introduzione da parte di Gagner del concetto di chirurgia in "due tempi" nei pazienti super obesi (BMI > 60 kg/m²). Il primo tempo (restrittivo) è rappresentato dalla gastrectomia verticale, mentre il secondo (malassorbitivo) consiste nel bypass intestinale e viene posticipato di circa 12 mesi, quando il calo ponderale ottenuto dalla gastrectomia ha ridotto significativamente il rischio intra e post operatorio. Nel 2009 la Società americana di Chirurgia Bariatrica e Metabolica (ASMBS) l'ha fatto rientrare tra gli interventi "per sé" di chirurgia dell'obesità. Tale intervento chirurgico implica molti vantaggi: la semplicità tecnica della laparoscopia anche nei pazienti super obesi, l'assenza di bypass intestinali, l'eliminazione del rischio di formazione di ernie interne, l'assenza di protesi, la possibilità di eseguire il secondo tempo (quota malassorbitiva) della BPD-DS o un bypass gastrico in caso di insufficiente calo ponderale o ripresa del peso, in condizioni di ridotto rischio operatorio. L'intervento

tubulo gastrico della capacità residua di 60-120 ml con asportazione completa della grande curvatura e del fondo dello stomaco. L'integrità della regione antro-pilorica e l'innervazione vagale vengono preservate. Il tubulo gastrico viene "calibrato" attraverso l'introduzione oro-gastrica di una sonda che serve da guida alla sezione dello stomaco realizzata con suturatrici lineari laparoscopiche. Negli ultimi anni sono stati introdotti diversi tipi di rinforzo della linea di sezione (sutura riassorbibile, pericardio bovino o mezzi biologici come la colla di fibrina) per prevenire complicanze quali il sanguinamento o la deiscenza (fistola). La significativa diminuzione del peso conseguente all'intervento è legato non solo alla riduzione della capacità gastrica (effetto "restrittivo") ma anche al cambiamento dei valori circolanti di ormoni intestinali che regolano la sensazione di fame e di sazietà (effetto "ormonale" che rimane nel tempo).

La gastrectomia verticale rappresenta un valido strumento, riconosciuto dalle maggiori società scientifiche, per la cura chirurgica dell'obesità patologica. I risultati sono paragonabili a quelli ottenuti dopo bypass gastrico (BPG), con qualche minor incidenza di



IL CHIRURGO RISPONDE

CURE FARMACOLOGICHE E CHIRURGICHE

PERICOLO DIABETE PER GLI OBESI

Luigi Angrisani

Presidente della IFSO (Federazione
Mondiale per la Chirurgia dell'Obesità)

LIl diabete, termine utilizzato nella pratica comune per indicare la patologia più correttamente nota come diabete mellito, si riferisce a quella malattia cronica contrassegnata da glicemia e consistente nell'aumento della concentrazione di glucosio nel sangue. Al manifestarsi della malattia, l'individuo affetto da diabete riscontra sintomi quali un'improvvisata perdita di peso, l'aumento della sete (polidipsia) e della diuresi (poliuria), una sensazione di stanchezza o di sonnolenza. Talvolta possono tuttavia sorgere altre possibili conseguenze, quali infezioni, arteriosclerosi, angina, patologie dentarie, infarto miocardico, malattie cutanee, cistiti, ictus cerebrale, vasculopatia carotidea, vasculopatia periferica degli arti inferiori. Il paziente che voglia mettere in pratica una terapia corretta nell'affrontare tale patologia deve assumere i farmaci indicati e aumentare l'esercizio fisico, seguendo una dieta ricca di fibre. Esistono casi in cui tuttavia tale terapia dietetico-comportamentale e farmacologica non basta e risulta perentoriamente necessario ricorrere alla chirurgia bariatrica (o chirurgia dell'obesità). Ciò si verifica soprattutto con i pazienti obesi e affetti da diabete, una delle patologie associate proprio all'obesità, tanto da aver determinato la nascita di uno specifico termine per indicare la rischiosa relazione tra le due malattie: "diabesità". I numeri sono pericolosi: già solo nella nostra penisola, 4 italiani su 10 sopra i 18 anni risultano in sovrappeso, mentre uno su 10 è obeso. Al di fuori dell'Italia, la



scrivete a: luigiangrisani@chirurgiaobesita.it

LE CONSEGUENZE DELL'AUMENTO DELLA PERCENTUALE DEGLI INDIVIDUI AFFETTI DA OBESITÀ E DIABETE SI RIPERCUOTONO SULLE STRUTTURE SANITARIE, CON IL SOVRAFFOLLAMENTO E LA DERIVANTE CRESCITA DELLA SPESA PUBBLICA

situazione non è certo più rosea: in Occidente l'8/10% della popolazione è affetto da obesità. Sebbene l'individuo obeso spesso riscontri l'entità del problema solo da un punto di vista estetico, non deve essere sottovalutato l'aspetto medico: lo stile di vita poco sano delle persone obese inserisce sempre più spesso l'obesità tra le cause di patologie quali proprio il diabete di tipo 2. Le conseguenze dell'aumento della percentuale degli individui affetti da obesità e diabete si ripercuotono sulle strutture sanitarie, con il sovrappollamento e la derivante crescita della spesa pubblica. Gli studi statunitensi, tuttavia, indicano un trend positivo: nel 75% dei casi l'approccio chirurgico nella cura del diabete di tipo 2 elimina nell'arco di un anno la necessità di ricorrere ai farmaci per supervisionare il diabete, generando anche un importante risparmio economico. Laddove il paziente non sia riuscito ad applicare accorgimenti preliminari nella cura dell'obesità quali una dieta corretta e variegata, uno stile di vita più sano e cure farmacologiche adeguate, si può dunque drasticamente ricorrere alla chirurgia bariatrica. Le principali categorie di interventi bariatrici sono tre: restrittivi, malassorbitivi e misti (restrittivo-malassorbitivi). Nel caso del paziente affetto

da diabesità, si fa frequentemente ricorso a procedure quali la gastrectomia verticale e/o il Bypass Gastrico sempre effettuati in via laparoscopica. Oltre a causare un senso di sazietà precoce tramite la riduzione del volume del tratto digerente, queste due metodiche procurano una stimolazione di alcuni ormoni che hanno un effetto straordinariamente positivo sulla cura del diabete. Con la chirurgia bariatrica infatti, già prima che il paziente perda peso, la necessità di assumere farmaci per la cura del diabete cessa, confermando la correlazione della malattia oltre che al peso corporeo anche agli ormoni gastrointestinali. Tale aspetto determina nel paziente un approccio positivo nel ricorso all'intervento, come attestano i dati relativi al continuo incremento delle operazioni di chirurgia bariatrica per la cura del diabete non solo in Usa e Europa, ma anche in Brasile e India. ■





Per milioni di persone quella contro l'obesità è una lunga battaglia. E c'è chi per vincerla sceglie la chirurgia

di Paola Scaccabarozzi
Foto di Alessandro Vincenzi

Aprile 2012:
Sandra prima
del suo bypass
gastro.

Il mio corpo esagerato

Le sedie sono sempre troppo strette, i vestiti introvabili (a meno di rivolgersi a rare e costose sartorie), gli ingressi angusti e gli sguardi altrui mortificanti. Colpa della ciccia che ti strappa il sorriso, e anche la salute. Trecento milioni nel mondo, dodici milioni in Europa e cinque milioni nel nostro Paese. Sono i dati dell'obesità forniti dall'Organizzazione mondiale della sanità. «Quelli di una malattia», spiega il professor Luigi Angrisani, presidente della Ifso (Federazione mondiale per la chirurgia dell'obesità), direttore dell'Unità operativa complessa di chirurgia laparoscopica e generale dell'Ospedale San Giovanni Bosco di Napoli, «che costituisce la seconda ragione di morte dopo il fumo, e la cui causa è di origine organica

(cioè determinata da altre malattie) solo nel 5% dei casi». Un'epidemia che miete vittime nei paesi occidentali e iper-nutriti, ma non solo. «Anche in India, in Brasile e in Cina», prosegue Angrisani, «il problema è molto diffuso. Li colpisce le classi più abbienti. In Italia e negli Usa, invece, è vero esattamente il contrario. Sono i più poveri a consumare junk food, il cibo spazzatura che costa poco e fa diventare over-size». Il risultato è che più che di obesità si dovrebbe parlare di «globesità», con tutti i suoi annessi e connessi. «Perché i chili di troppo, soprattutto per le taglie extra ed extra large», spiega il dottor Alessandro Giovanelli, chirurgo bariatrico e responsabile Inco (Istituto nazionale chirurgia obesità), Istituto Clinico Sant'Ambrogio Milano, «predispongono a un elevato rischio di malattie che



vanno dal diabete alle patologie cardiovascolari, da problemi alle articolazioni a gravi ripercussioni sul sistema respiratorio. Fino a una maggior incidenza di tumori e disturbi psicologici anche invalidanti». Dunque, che fare? Diete, esercizio fisico, rieducazione alimentare, psicoterapia e farmaci. Ma a volte tutti i tentativi falliscono miseramente. E le ragioni sono tante, comprensibili e, soprattutto, personalissime.

«È evidente però che su un corpo di 170 chili perderne 20 è spesso una fatica immane che, magari, non viene neppure riconosciuta e percepita da se stessi e dal resto del mondo», dice Emanuel Mian, psicologo presso l'Istituto nazionale per la chirurgia dell'obesità. Quindi è facile che, demotivati, si torni ad abbuffarsi. «Poi», prosegue Giovannelli, «c'è anche una questione fisiologica. La colpa è delle adipochine, molecole sintetizzate e secrete dal tessuto adiposo, che inducono gli obesi a introdurre nel proprio corpo un numero sempre maggiore di calorie». Il concetto è che, in qualche modo, grasso

richiama grasso. Anche a livello psicologico, il meccanismo è facilmente intuibile: ingrasso, mi deprimi, quindi mangio di nuovo e metto su altro peso. «Proverò senso di colpa e lo so in anticipo», spiega Mian, «ma non importa. È peggio sprofondare nel vuoto che mi attanaglia prima dell'abbuffata, che conoscere già la colpa che sperimenterò a posteriori».

Così, percorse tutte le strade, fortunatamente c'è chi non si arrende e bussa alla porta del chirurgo bariatrico (dal greco *baros*, peso, più *iatros*, medico), che, nei centri migliori e più seri, lavora in equipe, cioè a stretto contatto con nutrizionisti, psicologi, dietisti, e medici di varie specialità. Ma qual è l'identikit del paziente tipo, cioè di colui che può essere sottoposto all'intervento? «Gli obesi che hanno un indice di massa corporea superiore a 35 o 30 e associato ad altre malattie (come il diabete) e hanno alle spalle numerosi tentativi di diete fallite», spiega Giovannelli. «Ma anche», sottolinea Angrisani, «pazienti con obesità iniziale e moderata. I rischi dell'intervento sono minori e maggiori le percentuali di successo». «L'importante, però, concordano i due esperti, è che la chirurgia dell'obesità venga fortemente personalizzata in base alle caratteristiche individuali, affinché chirur-

I NUMERI DI UN ECCESSO

L'indice massa corporea (IMC) è il numero che si ottiene dividendo il peso (in kg) per la propria altezza (in metri) ai quadrato. Se il numero ottenuto è sotto il 25, si è normopeso. Se è tra 25 e 30, si è in sovrappeso. Oltre i 30, si parla di obesità, che può essere di primo, secondo e terzo livello a seconda della gravità.

Primavera 2012: ancora tre foto di Sandra prima dell'operazione.





Sandra è stata operata. E da fine 2012 si allena in piscina e palestra.

È un circolo chiuso: il grasso accumulato chiede più calorie

go e paziente scelgano insieme l'intervento più idoneo. E ce ne sono di vario tipo. «Quelli», spiega Giovanelli, «che riducono la capacità dello stomaco, inducendo una sazietà precoce (palloncino intragastrico, che è in realtà più che un intervento una tecnica endoscopica; bendaggio gastrico regolabile, gastroplastica verticale); operazioni che diminuiscono il volume dello stomaco e, al tempo stesso, accelerano il metabolismo (gastrectomia verticale, bypass gastrico) e interventi che agiscono sui processi digestivi riducendo l'assorbimento dei cibi (diversione intestinale, bypass biliointestinale)».

Ma quali allora gli interventi più eseguiti? «I dati italiani», spiega Giovanelli, «mettono il bendaggio gastrico regolabile al primo posto. Si tratta di un intervento che riduce il volume dello stomaco, trasformandolo in una sorta di clessidra. Si esegue inserendo un anello di silicone nella parte superiore dello stomaco che dà luogo a una tasca di dimensioni ridotte. Il funzionamento è intuitivo: basta ingerire una piccola quantità di cibo per riempir-

la. L'intervento si esegue in 20 minuti, non è invasivo (in laparoscopia), è reversibile (la protesi può essere rimossa) ed è regolabile dall'esterno, il che significa che il chirurgo può stringere o allentare l'anello periodicamente». «In rapida diffusione in Italia e nel mondo», prosegue Angrisani, «anche la gastrectomia verticale (Sleeve Gastrectomy). Lo stomaco viene sezionato verticalmente, asportato per circa l'80% e trasformato in una sorta di "canalino". Questo intervento di "lifting gastrico" agisce anche sul metabolismo, perché diminuiscono nel sangue i livelli di grelina, un ormone (prodotto da alcune cellule giacenti sul fondo dello stomaco) che regola il senso di fame».

E i rischi? I più frequenti, affermano gli esperti, sono quelli connessi all'anestesia totale, sanguinamenti ed emorragie. «Comunque», precisa Giovanelli, «con l'utilizzo della tecnica laparoscopica i rischi si sono notevolmente ridotti. E se un obeso su 100 muore per le complicazioni della chirurgia, non dobbiamo dimenticare che il 4% degli obesi non operati muore per le malattie connesse all'obesità». «Numerosi studi», prosegue Angrisani, «sottolineano, infatti, gli eccezionali benefici della chirurgia nel migliorare o guarire condizioni patologiche associate all'obesità specie nel diabete, prevenendo e curando le sue terribili complicanze come la cecità, l'insufficienza renale e le ischemie degli arti inferiori».





UNA STORIA DURATA 2 ANNI

Alessandro Vincenzi, autore di queste foto, ha contattato il dottor Goday, primario di endocrinologia dell'Hotel del Mar di Barcellona. Poi ha conosciuto Sandra, una sua paziente, 31 anni, 125 kg. E l'ha seguita in un percorso biennale: sessione di nutrizione, esami, dieta, bypass gastrico, training postoperatorio... Sandra ha per ora perso 55 kg.

Ma gli interventi sono risolutivi e definitivi? «Gli interventi», afferma Angrisani, «sono risolutivi nel 60-80% dei casi, che è una percentuale enorme, considerando che non vi sono altre possibilità di cura con metodiche conservative. Anche perché l'obesità è una malattia cronica e degenerativa e, come tale, tende a ripresentarsi dopo 3-5 o 10 anni, ovviamente in relazione alla tipologia dell'intervento e alla "bravura" del paziente nell'attenersi agli schemi e ai consigli nutrizionali post-operatori. Anche l'esercizio fisico per almeno 45 minuti al giorno è fondamentale per il mantenimento del peso perso». Dunque, una volta usciti dalla sala operatoria dopo una breve degenza (in genere di 48-72 ore) la sfida continua. I pazienti vengono costantemente seguiti, monitorati e accompagnati in un percorso che prevede, spesso, anche la chirurgia plastica ricostruttiva. La ragione è semplice, basta

immaginare un corpo che cambia completamente fisionomia, che si svuota e deve fare i conti con tessuti molli e cadenti. «Gli inestetismi cutanei», spiega Angrisani, «possono e devono essere corretti dopo almeno 6 mesi di stabilità del peso perso. Addome, braccia, seno e cosce le zone del corpo in cui normalmente si interviene di più». **Anche dal punto di vista psicologico, l'impatto del post intervento non è certo a costo zero.** «Una drastica perdita di peso», spiega il professor Antonino Minervino, direttore del Dipartimento salute mentale dell'Azienda ospedaliera di Cremona e docente di tecniche conversazionali all'Università Cattolica di Milano, «implica un radicale cambiamento della propria immagine. A volte ciò porta a esaltazione ed euforia, con il rischio di abbassare la guardia e di cadere di nuovo nella trappola delle abbuffate, oppure, al contrario, può essere causa di depressione».

Paradossale? Solo in apparenza. «Quel corpo nuovo con meno chili addosso, esteticamente più piacevole, insieme alla ciccia ha perduto una parte di sé, quello spazio così ampio che assicurava il suo esserci nel mondo. Allora si fa strada la nostalgia che spinge l'ex obeso nel vortice dal quale è appena uscito. Ma se il paziente è stato ben motivato dai medici e dello psicologo e viene seguito anche in famiglia, le probabilità di successo aumentano esponenzialmente».

2013: Sandra ora mangia quello che vuole ma in porzioni ridotte.



SESSO COSA VOGLIONO LE DONNE A 20, 30, 40 ANNI

FOR

diretto da Andrea Biavardi

€ 2,00 (in Italia)

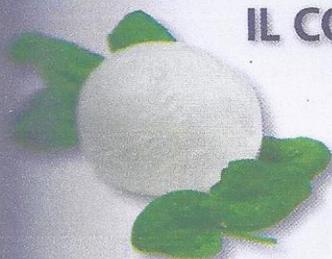
MEN

MAGAZINE

N. 132 FEBBRAIO 2014



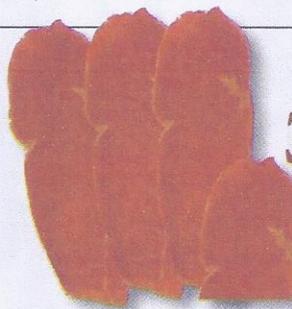
pagina, Chf 6,90 Svizzera, €3,20 Malta - Mensile



IL CONTACALORIE

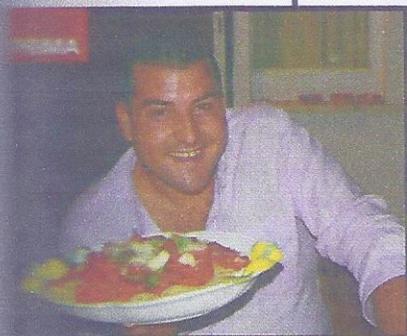
MOZZARELLA
(120 g)

380
calorie



3 ½ BISTECHE
AI FERRI
(da 100 g)

La fesa di manzo
cotta alla griglia appor-
ta 103
calorie l'etto.



DOPO

**FARMI ASPOR-
TARE L'80%
DELLO STO-
MACO NON**

**ERATA UNA PAS-
SAGGIATA, MA OGGI
PUSSO FARE UNA VITA
NORMALE E HO IMPA-
RATO A MANGIARE IN
MODO CORRETTO E
ANCHE A CONCEDER-
MI QUALCHE PREMIO»**

SALVATO DAL BISTURI

«Solo la chirurgia mi ha evitato
la morte per obesità»

Nome: Alfredo Iovine

Età: 28 anni

Città: Gragnano (Napoli)

Occupazione: dipendente di un albergo a Capri

Altezza: 193 cm

Peso pre-dieta: 160 kg

Peso attuale: 85 kg

Peso perso: 75 kg in 8 mesi



COME ERO

Tradizione È un guaio per chi ha problemi di peso abitare in Campania. Sin da piccolo ho sempre mangiato in maniera sbagliata: cose non sane e in orari non giusti. Ho avuto vita facile in società solo perché ero il simpaticone del gruppo.

Stato Crescendo, la mia simpatia è andata somigliando sempre più a un osido. Aumentavano gli anni e lievitava anche il mio peso, a causa di una forte insicurezza.

Ho provato delle diete ma con risultati pessimi

Il mio peso è salito a 160 kg!

Il mio intervento in modo drastico: la situazione era insostenibile.

Motivazione Morale e autostima sotto i piedi mi hanno indotto a considerare la chirurgia contro l'obesità. Temevo le conseguenze dell'intervento, ma non avevo altra scelta. Avevo fallito ma mi volevo troppo bene per gettare la spugna. Dovevo provare a riconquistare il girovita perduto, lo dovevo a me stesso e al mio senso di benessere smarrito.

COME SONO

Intervento Mi sono sottoposto a una gastrectomia verticale, cioè alla rimozione dell'80% dello stomaco. La scelta è stata drastica ma mi ha convinto l'incontro con il dottor Luigi Angrisani (presidente della Federazione mondiale di chirurgia dell'obesità). Così, il 22 dicembre del 2011, giorno dell'operazione, sono rinato.

Tempo Otto mesi dopo l'intervento avevo perso già 75 kg, raggiungendo il mio peso attuale di 85 kg: era non bello ma di più, era meraviglioso! Quando mi guardavo allo specchio, mi piacevo. Ho cominciato a praticare tutto ciò che mi fa sentire felice, come il canto.

Oggi Nel periodo postoperatorio ho capito come cambiare abitudini e come premiarmi. Ora, visto la capienza del mio stomaco, mangio piccole porzioni, ma dedicando tempo ai pasti, senza guardare la tv, senza ingozzarmi: meglio 15 minuti di "sacrificio" a tavola per passare il resto della giornata con armonia.

Mezz'ora per te

Gli allenamenti intensissimi che durano pochi minuti hanno successo tra chi ha poco tempo per la palestra, ma l'American Council on Health and Fitness, organismo che con-

siglia il presidente Obama sulle questioni di salute pubblica, suona l'allarme: troppo stress su muscoli e articolazioni e un impegno cardiovascolare troppo concentrato. L'alternativa: 30 minuti al giorno di camminata a passo svelto all'aria aperta.



SEI DIMAGRITO ANCHE TU?
Invia le tue foto del "prima" e del
"dopo" con il tuo numero di telefono a:
FOR MEN
RUBRICA PERDI PESO
Corso Magenta 55 20123 Milano
(le foto non saranno restituite)



Testo di **Luigi Angrisani**, presidente della Federazione mondiale per la chirurgia dell'obesità (Ifso) e direttore di chirurgia generale, laparoscopica e d'urgenza dell'ospedale San Giovanni Bosco di Napoli. La foto è di Maria Pia Giarrè.

I progressi della chirurgia per gli obesi

La chirurgia bariatrica e metabolica è un settore in enorme sviluppo per la crescita dei casi di obesità e di diabete, non solo nel mondo industrializzato, ma anche nei Paesi emergenti come India, Cina e Brasile. Due sono le novità dal punto di vista delle tecniche chirurgiche. La prima riguarda la possibilità di aggiungere una bendarella, oltre ai punti di sutura, durante interventi standard come la gastrectomia verticale e il bypass gastrico. Entrambi questi interventi funzionano sia per effetto della restrizione del volume gastrico (per cui si riduce l'introito di alimenti con la dieta), sia per effetti ormonali (che agiscono sui meccanismi della fame e della sazietà). Nel tempo, tuttavia, perdono la loro efficacia e taluni pazienti recuperano il peso perso. La bendarella contentiva, che viene posizionata 3-4 centimetri al di sotto della giunzione esofago-gastrica, impedisce la dilatazione dello stomaco prevenendo in tal modo il

rischio del recupero ponderale. La seconda novità è l'interposizione ileale, un intervento che è stato messo a punto in Brasile, indicato per la cura del diabete in pazienti con obesità di primo grado (con indice di massa corporea fra 30 e 35): consiste nel prelevare una porzione (circa 150 centimetri) di ileo, il tratto terminale dell'intestino tenue, e posizionarlo nella parte alta dell'intestino stesso, in modo da anticipare il contatto con il cibo meno digerito.

L'ileo è la sede principale della secrezione di ormoni che regolano il metabolismo dei nutrienti, come il GLP-1 (Peptide glucagone simile-1). Si favorisce così la penetrazione degli zuccheri nelle cellule, migliorando l'equilibrio glicemico. L'interposizione ileale è oggi la strada più promettente per curare chirurgicamente il diabete di tipo 2. Molti studi sono in corso per validare questa nuova tecnica.



antichirimedi

L'elleboro per il mal di stomaco fu fatale ad Alessandro Magno

di **Giorgio Ierano**,
docente di storia del teatro antico
e letteratura greca all'Università di Trento

La morte di Alessandro Magno rimane uno dei grandi misteri dell'antichità. Il leggendario condottiero, conquistatore dell'impero persiano, fu colpito da febbri e conati di vomito e spirò a Babilonia nell'anno 323 a.C., a soli 32 anni. Ne avevamo già parlato su queste pagine, rendendo conto dell'ipotesi del medico-scrittore Ernesto Damiani, esposta nel libro *La piccola morte di Alessandro il Grande* (Marsilio), che identificava il tifo addominale come causa del decesso.

Ma ora un articolo appena pubblicato sulla rivista scientifica *Clinical Toxicology* suggerisce un'ipotesi diversa. Alessandro sarebbe morto per avere ingerito una dose letale di elleboro bianco (una pianta dai fiori candidi nota anche come *Veratrum Album*).

L'elleboro bianco nell'antichità veniva talvolta mescolato al vino per indurre il vomito e curare i dolori di stomaco ma, usato in quantità eccessive, poteva essere velenoso. Alessandro, a quanto ci risulta, era un forte bevitore e sappiamo che anche nei giorni precedenti la sua morte era ubriaco in continuazione. L'ipotesi degli autori dell'articolo è che al suo vino fosse stato aggiunto troppo elleboro, che produrrebbe esattamente i sintomi descritti dagli antichi. Se l'ipotesi fosse vera, resterebbe da capire se sia trattato di un errore o, piuttosto, di un avvelenamento, come già sospettavano gli antichi. Alcuni erboristi suggeriscono ancora oggi l'elleboro bianco per vari disturbi. Ma prima di usarlo meglio consultare un medico, per non rischiare di fare la fine di Alessandro Magno.

3,50
EURO

Marzo 2014 • Anno IV • Num. 3 (39) - Mensile • Più Sani Più Belli € 1,50 1,50

www.piusanipiubelli.it

più Sani più Belli

Magazine

di Rosanna Lambertucci



EL SALOTTO DI ROSANNA...

FEDERICA PANICUCCI:
“CONVIVO CON IL MAL DI TESTA: TI SPIEGO COME COMBATTERLO”

VEGETARIANI A TAVOLA

MA LA CARNE FA MALE DAVVERO?

anti scelgono di mangiare solo alimenti vegetali. I motivi non mancano

FITNESS PER OGNI ETÀ

MAI A BALLARE

diverti, non senti la fatica? fai tantissima ginnastica

COSCE E GLUTEI

SCACCO MATTO ALLA CELLULITE

I nuovi trattamenti fai da te, i prodotti da provare e le ultime tecniche di liposcultura

VEDERCI BENE

LENTI LOW COST

Occhiali da banco, belli ed economici: valutiamo i pro e i contro

SPECIALE BELLEZZA

PRENDITI CURA DI TE

LABBRA “AL BACIO” E UNGHIE GLAMOUR!

In poche mosse puoi avere bocca e mani perfette

IL NOSTRO ESCLUSIVO “METODO MOLECOLARE” STOP ALL'EFFETTO YO-YO

DIMAGRISCI ADESSO E NON INGRASSI MAI PIÙ!

NIENTE PIÙ CONTEGGI DI CALORIE. OGGI LE NUOVE RICERCHE SCIENTIFICHE DIMOSTRANO CHE PER PERDERE PESO DEFINITIVAMENTE SERVE ALTRO. LEGGETE COSA DICE IL PROFESSOR ROSSI

ALLA RICERCA DELLA SERENITÀ

PESSIMISMO ADDIO!

È BELLO VEDERE IL BICCHIERE SEMPRE MEZZO PIENO. **FAI IL TEST** E SCOPRI COME FARE

E IN PIÙ....

RICETTE ANTI AGE Le mille virtù degli asparagi
GENITORI E FIGLI Le parole da non dire mai...
GINECOLOGO In menopausa ormoni sì o no?

EDIZIONI MASTER





GLI ESPERTI RISPONDONO

Vuoi una consulenza? Scrivi a Rosanna: rosanna@piusanipiubelli.it
oppure in redazione a: più Sani più Belli, via Fabio Filzi 27 - 20124 Milano

“ ADOLESCENTE “ROTONDETTO”

Mio figlio 18 enne è obeso, ha almeno 15 chili da perdere. È ingrassato con l'adolescenza, anche se è sempre stato "rotondo" fin da piccolo. Vive male il suo sovrappeso, ma al tempo stesso le diete sono sempre fallimentari. Si sente in "castigo" diverso dai suoi amici. Ho pensato alla chirurgia? Può essere indicata in un giovane?

Maria Grazia, Pescara



Risponde il prof Luigi Angrisani, Direttore - UOC Chirurgia Generale, Laparoscopica Ospedale "S. Giovanni Bosco" Napoli, Presidente Federazione Mondiale per la Chirurgia dell'Obesità (IFSO)

L'adolescenza è un periodo molto delicato della vita, ma è anche un momento di grande trasformazione fisica e psicologica, in cui l'eccesso di peso corporeo può rappresentare un problema significativo. Da medico e genitore mi piace ricordare ai genitori che l'educazione alimentare e un corretto stile di vita vanno praticati sin dai primi anni della vita dei ragazzi, e già a 3-5 anni i bambini vanno stimolati all'attività fisica e sportiva che rappresenta un elemento fondamentale per la salute dell'adolescente. Credo che alla base dell'obesità ci sia non solo una scorretta alimentazione, soprattutto poco movimento. È opportuno chiarire che se suo figlio ha una statura media normale probabilmente stiamo parlando di sovrappeso severo (pre-obesi-

tà) o di obesità di 1° grado. L'indagine più specifica per completare la diagnosi dopo l'esame clinico, rimane la *Bioimpedenziometria*, per ottenere l'analisi della composizione corporea e della massa grassa. Se la massa grassa è uguale o superiore al 30% nell'uomo (40% nella donna) allora siamo in una condizione patologica che richiede un trattamento medico o chirurgico. Vi sono casi in cui la massa grassa è normalmente rappresentata, ma la presenza di una esuberante muscolatura può essere la causa dell'eccesso di peso. In tal caso è ovviamente sconsigliata la chirurgia. Senza dubbio dopo aver tentato più volte con il trattamento dietetico nutrizionale, senza sortire alcun effetto, viene naturale pensare alla chirurgia, ma anche questa ha senso solo se viene considerata una tappa di un percorso educativo e riabilitativo soprattutto nel senso nutrizionale e motorio. Tale percorso deve durare almeno 18-20 mesi dopo l'intervento.

L'intervento può essere con effetto temporaneo o definitivo. Il trattamento temporaneo oggi più comunemente impiegato è il palloncino intragastrico. Una sfera siliconata che si gonfia nello stomaco e può rimanere in situ per 3-6 mesi provocando senso di sazietà. Il trattamento definitivo è quello chirurgico con accesso laparoscopico e mini-invasivo (con telecamera e forellini di 1 cm) e consiste essenzialmente nel bendaggio gastrico regolabile o nella gastrectomia verticale. Interventi questi che diminuiscono il volume gastrico e dunque la reale possibilità di eccedere con smodate quantità di cibo.



DENTI INGIALLITI

Sono una ex fumatrice e bevitrice di parecchi caffè, che mi hanno scurito molto i denti. Ora che ho eliminato le principali cause delle macchie, vorrei sbiancare tutta la dentatura, per tornare al mio colore originale. So che esistono tecniche diverse di sbiancamento. Vorrei saper qual è la più efficace e sicura?

Gianna

Una volta eliminate le macchie esterne (che possono formarsi con il fumo e con l'assunzione di alcuni cibi o bevande quali tè, caffè, alcool, liquirizia, carciofi), il tartaro e la placca batterica, irritanti per le gengive con l'igiene professionale, si possono sbiancare i denti con i trattamenti professionali.

VERO salute



MENSILE
ANNO 8 - n. 3
marzo 2014
€ 1,00 in Italia

solo 1 euro!

LAVORO

Dalla bellezza
al fitness, alla
medicina: ecco
chi assume

A TU PER TU CON I NOSTRI ESPERTI

27 **SPECIALISTI**
rispondono alle
tue **DOMANDE**



DANIELE BOSSARI

«Da quando
sto con Filippa,
l'amore non
ha più misteri
per me»

SOLO SU
VERO SALUTE

CAPELLI BELLI E SANI

I trucchi fai-da-te per restituire
forza e vigore alla tua chioma

TIMIDEZZA

Per vincere la
paura esiste
un metodo
infallibile...



GVE



Scopri
la pagina di
VERO salute
su Facebook!

Grande dossier da conservare

MENOPAUSA I SEGRETI PER VIVERLA BENE, SENZA DISTURBI

- ▶ Le terapie più nuove per dire addio a vampate & Co.
- ▶ I rimedi per perdere peso e risvegliare la passione
- ▶ Elisabetta Gregoraci: «Oggi siamo tutte super donne»

OBESITÀ

Le tecniche
innovative,
con bisturi e
senza, per
curare
questa
importante
patologia



Obesità

quando scegliere la via chirurgica

servizio di Barbara Crespi, con la consulenza del professor Luigi Angrisani, direttore di Unità Operativa Complessa di Chirurgia Generale, d'Urgenza e Laparoscopica, Presidio Ospedaliero "S. Giovanni Bosco" ASL NA1

Aumenta l'obesità e l'incremento di questa malattia è a livello globale. Secondo una ricerca effettuata dall'*Overseas Development Institute*, oggi una persona su tre soffre di obesità. A innalzare i numeri delle statistiche mondiali sono i Paesi in via di industrializzazione. Se il primato continua a essere detenuto dal Nord America (70 per cento della popolazione), seguito da Australia e America Latina Settentrionale (con il 63 per cento), l'obesità è oggi presente, con numeri che hanno raggiunto quelli europei (58 per cento), anche nel Nord Africa (Egitto in particolare), nel Medio Oriente e nel resto dell'America Latina. Il Sud-Est Asiatico (Cina soprattutto), a esclusione della Corea del Sud, è passato dal 7 al 22 per cento registrando il maggiore incremento.

Il tanto agognato benessere economico, reclamato dai Paesi in via di sviluppo, associato a cambiamenti nello stile di vita e al passaggio da un'alimentazione a base di cereali a una ricca di cibi preconfezionati pieni di conservanti, additivi, coloranti, grassi, zuccheri, olii e prodotti animali, sono i veri responsabili dell'innalzamento del numero di obesi nel mondo.

L'obesità, che si registra quando l'Indice di Massa Corporea è superiore a 30, conduce a una serie di gravi patologie (come ictus, infarto, ipertensione, diabete). Per queste aggravanti, l'obesità è considerata la seconda causa di morte, dopo il fumo. Anche in Italia c'è il campanello d'allarme. Le aree più colpite sono quelle in cui persiste l'idea atavica secondo cui

Aumentano le tecniche per curare questo serio problema, che è diventato una vera e propria epidemia



Anche i più piccoli sono a rischio

- In Italia, **1 bambino su 4 è obeso** o in sovrappeso.
- Il fenomeno interessa soprattutto il **Sud Italia**.
- La Campania è la regione con la percentuale più alta di bambini obesi, pari al 36 per cento di ragazzi nella fascia tra **6-17 anni**.
- Anche fra i più piccoli è fondamentale una regolare attività fisica e una sana ed equilibrata alimentazione fin dall'età pediatrica.

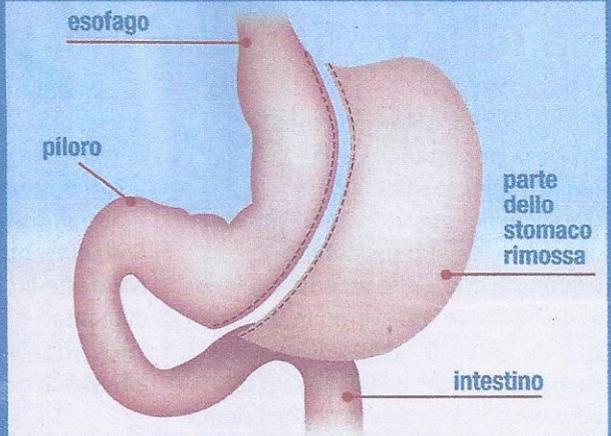
l'estrema floridezza fisica si associa al benessere. Soltanto in Italia, si registrano ben sei milioni di obesi adulti: il 60 per cento sono uomini, il 40 donne.

Cambiare lo stile di vita

L'obesità si può curare attraverso un percorso personalizzato che prevede un cambiamento significativo nello stile di vita: un regime alimentare sano, equilibrato e un'attività motoria quotidiana. L'attività fisica è talmente

GASTRECTOMIA VERTICALE LAPAROSCOPICA, SI FA COSÌ

Questo tipo di intervento si esegue in anestesia generale e non è reversibile. Prevede l'asportazione verticale di circa tre quarti del volume gastrico, riducendo il senso di fame anche a livello cerebrale. Lo stomaco non è più un serbatoio, ma diventa un ampio canale di transito.



importante che deve essere considerata una vera e propria pratica igienica, esattamente come lavarsi i denti. Il peso-forma ideale riduce il rischio di insorgenza delle malattie del sistema cardiocircolatorio e osteoarticolare, problemi respiratori, calcolosi biliare, diabete mellito di tipo 2 e alcuni tumori (stomaco, colon, mammella, colecisti ed endometrio).

Quando gli sforzi per perdere peso non hanno portato risultati, si può ricorrere alla chirurgia laparoscopica. In Italia, negli ultimi sette anni, sono state effet-

tuate oltre 20mila interventi su obesi gravi (nel 75 per cento dei casi su donne).

Il professor Luigi Angrisani, specializzato nel trattamento dell'obesità, direttore di Unità Operativa Complessa di Chirurgia Generale, d'Urgenza e Laparoscopica del Presidio Ospedaliero "S. Giovanni Bosco" ASL NA1 Centro e docente presso la Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale dell'Università degli Studi di Napoli

"Federico II", nonché presidente della Federazione Mondiale per la Chirurgia

continua a pag. 84

Il peso forma riduce il rischio di insorgenza di malattie cardiovascolari, diabete e anche di tumori

Scopri il tuo indice di massa corporea

L'indice della massa corporea si calcola in modo molto semplice, dividendo il proprio peso (Kg) per l'altezza al quadrato (mt)² **IMC = kg/mt²**

PRE-OBESITÀ	IMC > A 25
OBESITÀ 1° LIVELLO	IMC > A 30
OBESITÀ 2° LIVELLO	IMC > A 35
OBESITÀ 3° LIVELLO	IMC > A 45
OBESITÀ 4° LIVELLO (SUPER)	IMC > A 50
OBESITÀ 5° LIVELLO (MALIGNA)	IMC > A 60

Dall'anello al palloncino, ecco le opzioni per curarsi in sala operatoria

Gli interventi chirurgici per l'obesità

> PALLONCINO INTRAGASTRICO

È la metodica chirurgica meno invasiva per ottenere una temporanea perdita di peso. Consiste nel posizionare all'interno dello stomaco un palloncino siliconato che viene inserito sgonfio nello stomaco attraverso la bocca tramite un gastroscopio. Una volta riempito con circa 500 millilitri di soluzione fisiologica la protesi riduce il volume residuo dello stomaco e induce un senso di pienezza precoce limitando l'assunzione del cibo. Il tempo di permanenza del palloncino nello stomaco è di circa 6 mesi. Generalmente il palloncino viene impiegato prima di sottoporsi a un intervento chirurgico, per ridurre i rischi operatori e post-operatori. L'efficacia del palloncino sulla riduzione del peso corporeo è proporzionale al grado di collaborazione del paziente.

> BYPASS GASTRICO

È l'intervento chirurgico più eseguito negli Stati Uniti per il trattamento dell'obesità. Pur essendo un intervento a elevata complessità tecnica è abitualmente eseguito in alcuni centri in Italia per via laparoscopica. Consiste nella divisione dello stomaco in due parti mediante strumenti miniaturizzati in grado di tagliare e cucire simultaneamente la parete gastrica. La piccola parte neoformata dello stomaco viene collegata a un tratto del piccolo intestino. Il transito del cibo pertanto salta quasi completamente lo stomaco (di qui il nome bypass). Lo stomaco residuo, pur non ricevendo il cibo, rimane normalmente funzionante producendo i succhi gastrici e ormoni. Il rapido passaggio del cibo non digerito dallo stomaco nell'intestino procura mancanza di appetito e immediato senso

di pienezza con minime quantità di alimenti. La quantità di calo ponderale con questo intervento (nel breve periodo) è indipendente dal grado di collaborazione del paziente, che quasi obbligatoriamente è costretto a cambiare le sue abitudini alimentari e il suo stile di vita. Questo intervento non modifica le abitudini intestinali del paziente.

VIA LA FAME

Grazie a un anello attorno alla bocca dello stomaco, aumenta il senso di sazietà



> BENDAGGIO GASTRICO REGOLABILE

È tra gli interventi maggiormente eseguiti. Consiste nel posizionare un anello siliconato intorno alla bocca dello stomaco. Il diametro interno dell'anello può essere calibrato in rapporto alla necessità dei pazienti durante controlli ambulatoriali. La diminuzione del diametro del bendaggio procura un immediato senso di sazietà anche con l'introduzione di minime quantità di cibo. I risultati del bendaggio gastrico (nell'immagine sopra), in termini di perdita di peso corporeo, sono proporzionali alla capacità del paziente di eseguire controlli periodici e cambiare lo stile di vita.

> DIVERSIONE BILIO-PANCREATICA

Si tratta di una tecnica italiana ideata e molto usata nei nostri ospedali a Genova dal professor Nicola Scopinaro che consiste nella resezione di una parte di stomaco e nell'asportazione della colecisti per evitare la formazione di calcoli.

segue da pag. 83

dell'Obesità e delle Malattie Metaboliche (Ifso), ha all'attivo oltre duemila interventi e ritiene che la chirurgia sia l'unico trattamento dell'obesità in grado di garantire risultati durevoli. A patto che, dopo l'intervento, si cambi drasticamente lo stile di vita. La chirurgia per il trattamento dell'obesità oggi si basa, quasi esclusivamente, su tecniche laparoscopiche e mini-invasive, utilizzando strumenti chirurgici miniaturizzati e telecamere ad alta definizione. La chirurgia, tranne pochissime eccezioni, può essere effettuata in pazienti con indice di massa corporea o Bmi (Body mass index) uguale o superiore a 30, di età compresa tra i 16 e i 70 anni, che possono sottoporsi all'anestesia generale.

Il trattamento innovativo

Accanto ai più noti interventi di bendaggio gastrico, bypass gastrico e duodenal switch, la gastrectomia verticale laparoscopica rappresenta oggi l'intervento più moderno ed efficace per la perdita di peso e il miglioramento o la guarigione di malattie connesse all'obesità. Inizialmente proposta a pazienti super-obesi, con elevato rischio chirurgico e anestesilogico, oggi viene effettuata anche a pazienti con obesità di grado inferiore (primo e secondo livello). Tecnicamente si ottiene una restrizione del volume gastrico dell'80 per cento circa. Lo stomaco viene così trasformato da "serbatoio" in un ampio canale per il transito del cibo, una sorta di continuazione dell'esofago. L'intervento dura un paio d'ore e la degenza è di 24-48 ore.

Il post-operatorio

In seguito all'operazione, i pazienti possono mangiare e bere quantità molto più ridotte, pari a 30-50 centimetri cubici. Oltre al limitato introito calorico, la riduzione volumetrica comporta anche la diminuzione nei livelli ematici della grelina, una sostanza che regola il senso di fame cerebrale.

Questo tipo di intervento presenta una maggiore efficacia rispetto al bendaggio gastrico ed è il più equilibrato in relazione ai rischi e agli effetti collaterali. Tra

I consigli dietetico-comportamentali del professor Angrisani e della dottoressa Patrizia Colicchio

Sport, acqua, masticazione lenta e analisi del comportamento

Senza questi presupposti perdere peso diventa difficile, perdere massa grassa è ancora più difficile, mantenere la perdita di peso nel tempo è quasi impossibile. Ecco le regole principali in ordine d'importanza.

1 **Praticare un'ora al giorno di attività fisica** programmata anche solo camminare.

2 **L'esercizio fisico** (cammino, tapis-roulant, nuoto) deve essere considerato come una norma igienica (come lavarsi i denti).

3 **Bere 1,5 litri di acqua al giorno**, attraverso l'acqua si eliminano le sostanze di scarto e quindi anche quelle provenienti dalla metabolizzazione del grasso. Bevi un bicchiere di

acqua ogniqualvolta avverti lo stimolo della fame e prima di ogni pasto; ti aiuterà a controllare meglio la fame.

4 **Seguire un'alimentazione equilibrata**, scegliendo il cibo secondo questo ordine di priorità: legumi, pesce, carne, frutta e verdura, latte e derivati, cereali integrali, uova.

5 **Mangiare solo se hai realmente fame**, cercando di decifrare bene i bisogni del tuo corpo.

6 **Cercare di distinguere** se la fame è scatenata da una pulsione, una spinta emotiva o invece da una reale esigenza fisica.

7 **Masticare bene**: divorare il cibo impedisce di sentirne il sapore, questo spinge a mangiarne sempre

di più senza sentirsi mai sazi.

8 **Cercare di non consumare mai un pasto completo**: antipasto, primo, secondo e dolce; scegliere tra le pietanze quella che ti fa più gola.

9 **Mangiare senza sensi di colpa** e con la consapevolezza di avere il controllo della situazione.

10 **Un cattivo comportamento alimentare** non è una condanna a vita, ma qualcosa che, grazie all'impegno, si può modificare.

questi ultimi, potrebbero verificarsi il reflusso gastro-esofageo e la piroisi retro sternale. La ripresa del peso, dopo 5 anni, è il rischio da considerare se non si segue la metodica proposta. La gastrectomia verticale può essere eseguita in tutti i casi di obesità. Spesso risolutoria nel primo e nel secondo livello di obesità, nei casi più gravi potrebbe essere necessario prevedere un secondo intervento.

La gastrectomia verticale, così come tutti gli interventi di obesità, deve essere considerata una tappa di un percorso di riabilitazione motoria e rieducazionale nutrizionale. Il paziente deve entrare in un programma di controllo post-operatorio con un team di specialisti: nutrizionisti, endocrinologi, psicologi e, soprattutto, fisioterapisti.

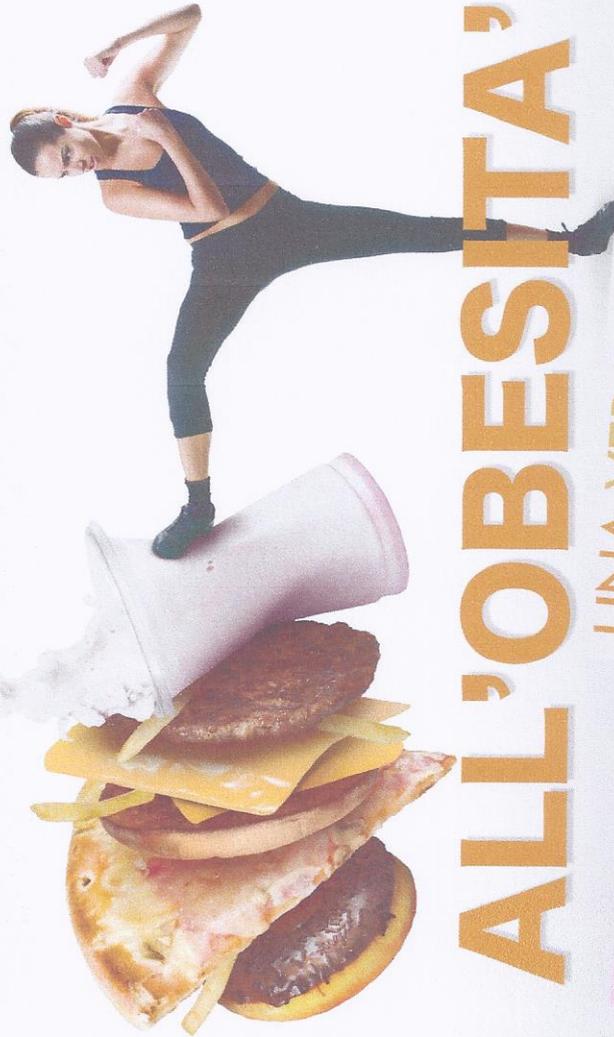
Nei primi 18-20 mesi bisogna seguire un indispensabile protocollo di attività fisica programmata. I programmi di riabilitazione motoria personalizzati sono fondamentali: spesso i grandi obesi, pur mangiando poco, non perdono neanche un grammo proprio perché non fanno alcun tipo di attività fisica. A volte, il programma riabilitativo post-operatorio prevede anche interventi di chirurgia ricostruttiva. ●

UN CAMBIAMENTO RADICALE

Accanto alle varie soluzioni chirurgiche, per sbarazzarsi definitivamente dell'obesità è indispensabile che i pazienti, una volta operati, seguano un rigido programma di rieducazione alimentare e svolgano quotidianamente almeno un'ora di attività fisica.



GUERRA



ALL'OBESITA' UNA VERA PIAGA PER L'UMANITA' CHE PERO' SI PUO' COMBATTERE

L'obesità è una patologia tipica, ma non più esclusiva, delle società dette "del benessere", si è sviluppata rapidamente nel giro degli ultimi vent'anni, colpisce indistintamente uomini, donne e bambini ed i dati statistici sono sicuramente allarmanti. Abbiamo parlato di questo grave problema con il Professor Luigi Angrisani che, in qualità di specialista nel campo della chirurgia laparoscopica e mininvasiva e presidente della Federazione

Mondiale di Chirurgia dell'Obesità - IFSO, ci ha illustrato con estrema chiarezza quali sono i rischi per le persone obese, i problemi legati alla loro condizione, quale alimentazione seguire per non incorrere in questa patologia e quali sono gli interventi adottati in chirurgia per contrastarla.



Professore, parlando di obesità, è importante seguire una sana educazione alimentare fin da bambini?

E' importante che l'educazione alimentare inizi sin dall'età scolare. Secondo alcuni, seguire sani principi nutrizionali dalla nascita e nel futuro della propria forma fisica. I cibi da evitare sono sicuramente gli alimenti ad alto contenuto calorico e a bassa densità energetica, come ad esempio le merendine,

la cioccolata, le bevande dolci e gassate. I bambini obesi saranno adulti con problemi di salute?

Tre su quattro adolescenti obesi possono in età adulta soffrire della sindrome metabolica, tant'è che in Italia e nei Paesi del mondo industrializzato si considera la chirurgia nei casi avanzati di obesità adolescenziale. Nella nostra penisola il fenomeno dell'obesità interessa maggiormente l'Italia meridionale e, in particolare, la Campania è la regione

in cui la patologia registra la percentuale più alta rispetto alle altre: dei sei milioni di obesi italiani, oltre 700 mila vivono in questa regione. Nel meridione il problema del rapporto con il cibo è antropologico e interetta le abitudini culturali che si fondano, spesso, sull'equivalenza tra la sua assunzione e il benessere.

Quali sono i problemi di salute correlati all'obesità?

L'obesità, in generale, peggiora la qualità della vita e ne accorcia significativamente la durata. Non vi è umano che non subisca danno o decremento delle sue funzioni dall'eccesso di peso corporeo.

Essere obesi rappresenta anche un problema di carattere psicologico e sociale?

Le persone obese sono discriminate in ambienti lavorativi, penalizzate nei mezzi di trasporto che non hanno spazi adeguati ad accoglierle, discriminate nei rapporti affettivi, sentimentali e molto spesso in quelli sessuali, a ciò si aggiungono le limitazioni meccaniche e igieniche, ad esempio annodarsi i lacci delle scarpe o cambiarsi le calze.

Cosa si può fare per prevenire il problema?

Bisognerebbe aumentare largamente la diffusione mediatica relativa alle caratteristiche e alla gravità di questa condizione clinica, i media anche attraverso questa intervista svolgono una mission importante: diffondere l'allarme sul fenomeno. In secondo luogo bisogna aumentare le ore d'insegnamento dell'obesità nella facoltà medica e nelle specializzazioni mediche e chirurgiche, istituire reparti ospedalieri e cliniche universitarie dedicate allo studio e al trattamento medico/chirurgico.

gico della malattia e finalmente avere un programma nazionale per la cura di questa condizione. Sarebbe auspicabile percorrere, in un certo senso, ciò che si è fatto per standardizzare il trattamento medico/chirurgico dei tumori.

Quali consigli può dare a chi rischia l'obesità? Iniziare un trattamento dietetico comportamentale che preveda un'ora al giorno, sette giorni su sette, di esercizio fisico programmato (cammino veloce, tapis roulant, cyclette).

Limitare l'uso di pane, pasta e dolci, inserire nella propria alimentazione i legumi al primo posto e soprattutto avere aspettative molto limitate sui risultati,

Tre su quattro adolescenti obesi rimangono tali anche in età adulta: ciò determina anche l'insorgenza della sindrome metabolica (ipertensione, obesità e diabete)

cercando di mantenere il peso e, in caso di perdita, accontentarsi anche di minime variazioni. No ai dietici in tre giorni!

Quali sono gli interventi adottati in chirurgia per chi è obeso?

I tre interventi più comunemente eseguiti sono il bypass gastrico, la gastrectomia verticale e il bypass gastrico. Io li escingo in base alle caratteristiche di ogni singolo malato in quanto la terapia dev'essere personalizzata (custom made), con una preferenza per la gastrectomia verticale.

Qual è la corretta alimentazione per evitare il sovrappeso?

E' fondamentale bere 1,5l. di acqua al giorno per eliminare le sostanze

OBESITA' O SEMPLICE SOVRAPPESO?

di scarto, comprese quelle provenienti dalla metabolizzazione del grasso. Bere un bicchiere di acqua ogni qualvolta si avverte lo stimolo della fame e prima di ogni pasto aiuterà a controllare meglio l'appetito.

Scegliere il cibo secondo questo ordine di priorità: legumi, pesce, carne, frutta e verdura, latte e derivati, cereali integrali, uova e soprattutto mangiare solo se si ha realmente fame, cercando di decifrare bene i bisogni del proprio corpo, distinguendo ciò che è scatenato da una pulsione

Quando possiamo parlare di obesità e non più di semplice sovrappeso?

Il metodo più semplice è il calcolo dell'Indice di Massa Corporea (BMI) basato su misure antropometriche, semplicemente il peso in kg diviso l'altezza in m². Si parla di obesità quando il BMI è uguale o superiore a 30. Il rischio di morire per un paziente obeso è direttamente proporzionale al suo grado di obesità. Tale rischio aumenta in presenza di malattie associate quali patologie cardiovascolari, polmonari, metaboliche (diabete, dislipidemie), articolari e tumori.



emotiva o da una reale esigenza fisica.

Cosa non dovrebbe mai mancare in tavola?

I legumi, la verdura, la frutta e le fibre in generale, i famosi alimenti prebiotici (nutrienti che stimolano la produzione della flora batterica intestinale e dunque aumentano le difese immunitarie dell'organismo).

Quando ci sono patologie legate al metabolismo cosa si può fare per evitare i chili di troppo?

Iperensione, diabete, ma latte da reflusso gastroesofageo e sindrome delle

apnee notturne, molto frequenti anche nell'obesità di primo grado, con la chirurgia dell'obesità trovano un altissimo grado di risoluzione.

Quali sono i paesi a maggiore rischio obesità?

L'obesità è molto presente non solo nei Paesi occidentali ma anche in India, nelle classi più abbienti. Brasile e Cina sono altri Paesi in cui il problema è diffuso. L'occidentalizzazione degli stili di vita ha prodotto anche in questi Paesi una significativa incidenza della malattia.

A SOLI
1,50
EURO

SESSO LE DRITTE PER IL "PRIMO" WEEKEND CON LU

Giugno 2014 • Anno IV • Num. 6 (42) • Mensile Più Sani Più Belli € ~~1,90~~ 1,50
Rivista + Più Sani Più Belli Compiega n°7 a € 4,99 in più

www.piusanipiubelli.it

più

Sani più Belli

Magazine

di Rosanna Lambertucci

ALIMENTAZIONE

Con la consulenza del
prof. **LUIGI ANGRISANI**,



esperto in Chirurgia
Laparoscopica
Mininvasiva. Presidente
IFSO, Federazione
Internazionale per la
Chirurgia dell'Obesità

Chirurgia

Dire addio ai chili di troppo

Quando il sovrappeso è severo, diete e corretto stile di vita non bastano: la soluzione è l'intervento.

Le due tecniche più innovative a confronto

di Luana Trumino

Se il sovrappeso raggiunge livelli ingestibili, **diventa invalidante per il soggetto obeso**, sia dal punto di vista relazionale, sia soprattutto da quello strettamente legato alla salute. Occorrono soluzioni radicali!



Avere un surplus di 20-30 chili significa essere esposti a un rischio altissimo di insorgenza di malattie che interessano il sistema cardiocircolatorio e osteoarticolare, ma anche a diabete melito di tipo 2, calcolosi biliare, problemi respiratori, oltre a una maggiore incidenza di sviluppo di alcuni tumori che colpiscono soprattutto stomaco, colon, mammella, colecisti ed endometrio. “Per perdere definitivamente una quindicina di chili servono almeno tre anni”, spiega Angrisani. “Cibo sano e movimento sono il punto di partenza per un corretto stile di vita e anche la base della prevenzione. **Ma quando i chili di troppo sono decine, tutto questo non basta e la soluzione – sostiene l'esperto – rimane unicamente la chirurgia.** Le metodiche più moderne, tra cui la gastrectomia verticale, sono molto meno invasive rispetto agli interventi del passato, grazie alla laparoscopia. Oggi, inoltre, è stata messa a punto una tecnica che si serve di un gastroscopio, senza praticare buchi, e che promette un dimagrimento fino a 30 chili. Anche se - precisa Angrisani - non esistono dati in letteratura che comprovino l'efficacia sulla stabilizzazione del peso perso a medio-lungo termine”. Per questo, dopo l'intervento, è importante che il paziente non perda di vista l'importanza di un cambiamento nello stile di vita.

OBESITÀ 2.0

Avere l'opportunità di confrontarsi con chi si è già sottoposto a un intervento è estremamente importante per chi ha deciso di iniziare un percorso chirurgico volto al miglioramento della propria condizione. Il professor Angrisani, insieme al suo staff, ha creato un gruppo su Facebook per dare la possibilità a tutti di poter interagire e raccontare le proprie esperienze.

Il nome della pagina è: **Chirurgia laparoscopica generale e dell'obesità prof. Angrisani Luigi.**

Ma non è per tutti...

La chirurgia bariatrica è riservata solo a pazienti motivati e che abbiano provato varie terapie dietetiche e nutrizionali, ottenendo risultati insoddisfacenti. **Secondo le linee guida internazionali**, devono possedere un'età compresa tra

i 18 e i 65 anni con un eccesso di peso pari a 45 chili rispetto al peso ideale o un BMI (Indice di Massa Corporea) uguale o maggiore di 40 da almeno 5 anni o inferiore a 35 se affetti da patologie correlate (diabete, cardiomiopatie, osteoartropatie...).

Di recente, per la prima volta dopo 23 anni, la IFSO ha esteso la chirurgia dell'obesità anche a BMI inferiori a 30. Non possono sottoporsi alla chirurgia persone con patologie endocrine e disturbi psichiatrici o in presenza di neoplasie.

I NUMERI DELL'OBESITÀ

Dei 6 milioni

di obesi italiani, oltre 700 mila vivono in Campania.

L'eccesso ponderale

è maggiore negli uomini rispetto alle donne (rispettivamente 54 e 39%) e nelle persone con basso livello di istruzione.

In Italia,

negli ultimi sette anni

sono stati trattati chirurgicamente oltre 20 mila casi di obesità grave.

Quasi 1 bambino su 4

è in sovrappeso o obeso. La Campania è la regione con la percentuale più alta: ben il 36% della popolazione di età compresa tra i 6 e i 17 anni è in eccesso di peso ponderale.

IL "LIFTING" DELLO STOMACO Si chiama gastrectomia verticale laparoscopica ed è riservata ai grandi obesi

Di fronte al fallimento di tecniche usate in passato, la gastrectomia verticale risulta la più efficace e meno invasiva. L'intervento, definito anche come "lifting" dello stomaco, ha l'obiettivo di ridurre la quantità del cibo assunto attraverso una resezione di circa l'80% dello stomaco che, quindi, si allunga. "Lo stomaco dell'uomo moderno - spiega Angrisani - è un residuo ancestrale dei primitivi, che necessitavano di uno stomaco più grande perché mangiavano ogni 15 giorni. Oggi siamo esposti a grandi quantità di cibo e non abbiamo bisogno di questo organo che funge solo da deposito". L'intervento si effettua in anestesia generale per via laparoscopica, con quattro accessi (buchi): consiste nella creazione di un tubulo gastrico della capacità residua di 60-120 ml

con asportazione completa della grande curvatura e del fondo dello stomaco. La significativa diminuzione del peso conseguente all'intervento chirurgico è legata non soltanto alla riduzione della capacità gastrica, ma anche al cambiamento dei valori circolanti di ormoni intestinali che regolano la sensazione di fame e di sazietà. "L'intervento gastrorestrittivo - precisa l'esperto - è il punto di arrivo (attraverso un percorso personalizzato), ma anche un punto di partenza per il paziente che, dopo aver scelto di ricorrere alla chirurgia, deve comunque cambiare stile di vita, seguire un regime alimentare corretto e fare attività fisica, tutte cose che andrebbero praticate anche prima, ma che, raggiunti certi livelli di obesità, non sono più sufficienti e generano solo ulteriore frustrazione".

TECNICHE A CONFRONTO

GASTRECTOMIA VERTICALE LAPAROSCOPICA

Ai grandi obesi, ma in generale, risulta l'operazione più versatile per tipologia di pazienti e gravità di malattia. Si può fare indipendentemente dall'età e dalla quantità di grasso e di eccesso di peso dei malati. Non è indicata in presenza di ernie o reflusso gastroesofageo.

Assenza di bypass intestinali; eliminazione del rischio di formazione di ernie interne; assenza di protesi; possibilità di eseguire il secondo tempo (quota malassorbitiva) della BPD-DS o un Bypass gastrico in caso di insufficiente calo ponderale o ripresa del peso, in condizioni di ridotto rischio operatorio.

Dopo 24 ore deambulazione. Dopo 48 ore dimissione. Intervento moderatamente doloroso.

A CHI È RISERVATO

VANTAGGI

TEMPI DI RIPRESA E DOLORE

METODICA CON GASTROSCOPIO APOLLO OVER STITCH

Il candidato ideale è soprattutto il paziente già sottoposto ad altri interventi sullo stomaco (per esempio, chi ha effettuato in passato un bypass gastrico, ma ha recuperato il peso).

La tecnica è molto recente. Nei primi sei mesi-un anno, i risultati sono buoni. Permette un dimagrimento dai 10 ai 30 chili senza praticare tagli o buchi.

L'intervento richiede anestesia, ma il paziente, una volta sveglio, viene dimesso. La tecnica è completamente indolore.

Dopo l'intervento. Quali consigli?

Il dimagrimento post operatorio e il mantenimento del peso raggiunto non dipendono unicamente dall'intervento, ma anche dall'impegno del paziente a collaborare con l'equipe medica. "Alla dimissione - spiega Angrisani - il paziente riceverà informazioni e consigli circa il nuovo stile di vita da adottare e le abitudini alimentari da seguire rigorosamente, almeno nei primi mesi. Inoltre, sarà utile partecipare alle riunioni mensili di auto-aiuto per confrontarsi, sostenersi e consigliarsi".

L'innovazione indolore: si opera con il gastroscopio

Ad addio cicatrici e buchini sullo stomaco. La nuova frontiera della chirurgia bariatrica prevede l'accesso attraverso un gastroscopio. "Recentemente - spiega Angrisani - è stato messo a punto uno strumento, chiamato Apollo Over Stitch,

che permette di operare il paziente dalla cavità gastrica. L'intervento si effettua in sala operatoria con anestesia generale. Si entra, attraverso la bocca, con un gastroscopio video bicanale che consente, oltre a vedere con una telecamera, anche di operare con due pinzette

che servono per estrarre il tessuto e mettere il punto. Si tratta, quindi, di una tecnica di endosutura che ha lo straordinario vantaggio di intervenire dall'interno, riducendo la cavità gastrica, senza attraversare la parete addominale e violare altri organi e apparati".



OSPITE

11 GIUGNO 2013 fascia oraria 15.30-18.45, Canale 5

Rai .tv

Unomattina caffè del 24/07/2013

00:00:08 / 00:20:24

COMMENTA MAIL TO PREFERITI CORRELATI EMBED

Rivedi la puntata integrale di Unomattina caffè del 24/07/2013

<http://www.rai.tv/dl/RaiTV/programmi/media/ContentItem-edb43797-821f-4f7f-942b-9c2e63f0c61e.html>

Rai .tv

Chirurgia bariatrica: evoluzione continua

Durata 00:12:19 | Andato in onda 06/05/2014 | Visualizzazioni 68

 Mi piace 1

 +1 5

 Tweet 0

Commenti 0 



COMMENTA  MAIL TO  PREFERITI  CORRELATI  EMBED 

In studio: Maria Grazia Carbonelli, Direttore Dip. Dietologia e Nutrizione Ospedale San Camillo Roma, Luigi Angrisani, Direttore Chirurgia generale d'urgenza e laparoscopica Ospedale San Giovanni Bosco, Napoli e Livia Azzariti

<http://www.rai.tv/dl/RaiTV/programmi/media/ContentItem-d640c3f4-69d5-4281-9582-13b9ce42582a.html>



Prof. Luigi Angrisani intervistato come ospite al TGCOM24

il 12 maggio 2014

PERSONE E PROFESSIONI

Luigi Angrisani, un italiano alla presidenza della Federazione Mondiale Obesità

venerdì 30 agosto 2013

di **Rosanna Flammia**

AboutPharma and Medical Devices *In&Out*



La nomina è stata ufficializzata oggi a Istanbul nel corso del XVIII World IFSO Congress

Luigi Angrisani è stato nominato Presidente della IFSO, la Federazione mondiale per la chirurgia dell'obesità.

Nato il 25 settembre del 1959, **Angrisani dirige l'Unità Operativa di Chirurgia laparoscopica e generale dell'Ospedale San Giovanni Bosco di Napoli ed è docente alla Scuola di specializzazione di Chirurgia generale dell'Università degli Studi di Napoli Federico II.** Subentra al presidente uscente IFSO, Pradeep Chowbey (India).

Il nome di Angrisani è stato scelto dall'Executive Board e confermato dal General Council, l'organo più rappresentativo della Federazione mondiale per la chirurgia dell'obesità, formato dai rappresentanti delle 53 nazioni aderenti.

“L'obesità è causa ricorrente di mortalità, seconda solo al fumo”, ha commentato Angrisani. “I chili eccessivi sono alla base di molte malattie. Al contrario di quanto si possa pensare, l'obesità è molto presente non solo nei Paesi opulenti, ma anche in India, nelle classi più abbienti. Brasile e Cina sono altri Paesi in cui il problema è diffuso. In Italia l'obesità colpisce in modo trasversale, soprattutto al Sud, dove il problema del rapporto con il cibo è culturale e deriva dall'equivalenza tra la sua assunzione e il benessere. Così però si creano problemi di obesità sin dall'età infantile, spesso con complicazioni nell'età adulta”. E ha concluso: “La condizione di sovrappeso eccessivo crea un disagio fisico e psicologico che non si deve trasformare in una condanna a vita. La soluzione è la gastrectomia verticale laparoscopica, che ci consente di regalare una seconda vita ai pazienti obesi”.

<http://www.aboutpharma.com/news/person-e-profession-i/luigi-angrisani-un-italiano-alla-presidenza-della-federazione-mondiale-obesita/>

Venerdì, 30 Agosto 2013 15:24

IFSO, LUIGI ANGRISANI NUOVO PRESIDENTE: un italiano al vertice della Federazione Mondiale per la Chirurgia dell'Obesità



Istanbul 30 agosto 2013 - L'italiano **Luigi Angrisani** è il nuovo **Presidente della IFSO** (Federazione Mondiale per la Chirurgia dell'Obesità). L'investitura è stata ufficializzata oggi, venerdì 30 agosto ad Istanbul, durante il XVIII World IFSO Congress, presso l'Halic Congress Center.

Nato il 25-09-59, il Prof. **Luigi Angrisani** dirige l'Unità Operativa Complessa di Chirurgia Laparoscopica e Generale dell'Ospedale "San Giovanni Bosco" di Napoli ed è docente alla scuola di specializzazione di chirurgia generale dell'Università degli Studi di Napoli Federico II.

Subentra al Presidente uscente IFSO, Pradeep Chowbey (India).

Il nome di Luigi Angrisani è stato scelto dall'Executive Board e confermato dal General Council, l'organo più rappresentativo della Federazione Mondiale per la Chirurgia dell'Obesità, formato da tutti i rappresentanti delle 53 nazioni aderenti.

Il neo presidente IFSO Luigi Angrisani si è distinto per la lunga esperienza di leadership nel campo della chirurgia dell'obesità e nella vita della Federazione, organizzando convegni nazionali ed internazionali, con pubblicazioni scientifiche molto citate e punto di riferimento per la comunità, con dimostrazioni pratiche di chirurgia in diretta, negli ospedali di diverse nazioni del mondo.

Per il Prof. **Angrisani**, già Presidente della Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità, questo nuovo incarico è motivo di orgoglio perché attesta la possibilità di poter contribuire al progresso della medicina e alla condivisione internazionale dei risultati raggiunti, rimanendo e operando nella propria terra d'origine.

Alla IFSO, la realtà più importante del mondo in materia di chirurgia dell'obesità, una delle più grandi società internazionali di chirurgia, aderiscono 8.200 chirurghi in 53 nazioni. La Federazione è stata fondata nel 1995 a Stoccolma (ulteriori informazioni all'indirizzo web www.ifso.com).

Durante il congresso, come già fatto lo scorso anno a New Delhi, il Prof. Angrisani ha operato di bypass gastrico laparoscopico una paziente diabetica, in trattamento insulinico con ernia iatale e reflusso gastro-esofageo, in diretta dall'ospedale universitario di Istanbul.

“L'obesità è causa ricorrente di mortalità, seconda solo al fumo. I chili eccessivi – spiega Angrisani – sono alla base di molte malattie. La condizione di sovrappeso eccessivo crea un disagio fisico e psicologico che non si deve trasformare in una condanna a vita. La soluzione è la gastrectomia verticale laparoscopica, che ci consente di regalare una seconda vita ai pazienti obesi”.

“Al contrario di quanto si possa pensare – aggiunge Angrisani - l'obesità è molto presente non solo nei Paesi opulenti ma anche in India, nelle classi più abbienti. Brasile e Cina sono altri Paesi in cui il problema è diffuso. In Italia l'obesità colpisce in modo trasversale, soprattutto al Sud, dove il problema del rapporto con il cibo è culturale e deriva dall'equivalenza tra la sua assunzione e il benessere. Così però si creano problemi di obesità già dall'età infantile, spesso con complicazioni nell'età adulta”.

Il Prof. Luigi Angrisani è stato invitato ad operare ai seguenti congressi:

- **29 agosto 2013** XVIII World Congress IFSO 2013
August, Istanbul, Turchia

XVII World Congress IFSO 2012 September 11-15 2012 “Live surgical Workshop” New Dehli, India

- **15 settembre 2012**

Milano,IRCCS Multimedica, Congresso “Dibattito aperto sulla chirurgia bariatrica nella superobesità – Chirurgia in diretta: interventi e reinterventi” (Direttore: Valerio Ceriani) Live Surgery dalle Sale operatorie dell'Ospedale “S.Giovanni Bosco”
Milano,IRCCS Multimedica, Congresso “la Chirurgia Bariatrica di conversione: quando e perché” (Direttore: Valerio Ceriani) Live Surgery dalle Sale operatorie dell'Ospedale “S.Giovanni Bosco”

- **8 giugno 2012**

- **4 marzo 2011**

Firenze “1° Corso nazionale di chirurgia bariatrica e metabolica in diretta” (Direttore: Marcello Lucchese) - Conversione di Bendaggio Gastrico in Bypass Gastrico Laparoscopico - collegamento in diretta dalle sale operatorie dell'Ospedale di Cisanello – Pisa

- **17 dicembre 2010**

Tirrenia, Italia: XVIII Congresso Nazionale Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle Malattie Metaboliche (Presidente: Marco Anselmino) Live Surgery dall'ospedale Cisanello – Pisa - “ Reinforced Laparoscopic Sleeve Gastrectomy as revision operation”

- **29 aprile 2010**

Pisa, Italia: Laparoscopic Sleeve Gastrectomy, Pisa Hotel San Ranieri (Direttore: Marco Anselmino) Live Surgcry dall'ospedale Santa Chiara “ Sleeve Gastrectomy as primary procedure”

- **30 marzo 2009**

- **19 novembre 2004**

IV Corso di Aggiornamento di Chirurgia dell' Obesità , Live

Bariatric Surgery in Humanitas Gavazzeni; “Sala 2 – Bypass Gastrico Laparoscopico” collegamento in diretta con L’Auditorium Villa Elios, Humanitas Gavazzeni

Napoli: 23° Congresso Nazionale Chirurghi Ospedalieri Italiani (A.C.O.I.) Chirurgia in diretta dalle Sale Operatorie Ospedale S. Giovanni Bosco ASL Napoli 1: Bypass Gastrico Laparoscopico per obesità patologica

• 22 ottobre 2004

Bombay, India: First National Congress of the Obesity Surgery Society of India, Beach Candy Hospital: Lap Adjustable Gastric Banding

• 27 maggio 2004 / 1-2
marzo 2003

Benevento: A.C.O.I. Campania Corso Teorico Pratico Chirurgia Addominale Video-Guidata Interventi in diretta dalle sale operatorie dell’Ospedale Fatebenefratelli: Colecistecomia laparoscopica con colangiografia intraoperatoria.

• 25-26 gennaio 1994

BIOGRAFIA

- **Luigi Angrisani**
- Già Secretary Treasurer “International Federation for Surgery of Obesity and metabolic disorders” IFSO.
- Direttore della Scuola Italiana di Chirurgia dell’Obesità e delle malattie metaboliche “Umberto Parini”, Napoli.
- Da gennaio 2000 Direttore Unità Operativa Complessa di Chirurgia Laparoscopica e Generale Ospedale “S. Giovanni Bosco”, ASL Napoli 1 –Centro.
- Presidente della Società italiana di Chirurgia dell’Obesità dal 2008.

APPROFONDIMENTO

La **gastrectomia verticale** è una delle più moderne procedure utilizzate per la cura dell’obesità. Consiste nell’asportazione di circa l’80% del volume gastrico con la confezione di un piccolo tubulo di stomaco dal volume residuo di 100-150cc. Oltre al limitato introito calorico, l’asportazione della porzione corpo-fundica dello stomaco porta a una diminuzione dei livelli ematici di grelina, enterormone implicato nella regolazione del senso di fame cerebrale. Originariamente questo intervento era stato ideato per il trattamento di pazienti super-obesi, cioè pazienti a elevato rischio chirurgico e anestesilogico, seguito successivamente da una seconda procedura anti-obesità a effetto malassorbitivo come il bypass gastrico o il duodenal switch. Recentemente, visti gli ottimi risultati sull’induzione della perdita di peso, questo intervento è stato anche proposto come unica procedura anti-obesità per pazienti con un grado di obesità inferiore. Tuttavia non esistono dati in letteratura che comprovino l’efficacia sulla stabilizzazione del peso perso a un medio-lungo termine.

http://www.fattitaliani.net/index.php?option=com_k2&view=item&id=1481:ifso-luigi-angrisani-nuovo-presidente-un-italiano-al-vertice-della-federazione-mondiale-per-la-chirurgia-dellobesit%C3%A0&Itemid=164

[HOME](#) > [Salute](#)

Italiano il nuovo Presidente della ISFO, Federazione Mondiale per la Chirurgia dell'obesità



30.08.13 - Si tratta del professor Luigi Angrisani, che dirige l'Unità Operativa Complessa di Chirurgia Laparoscopica e Generale dell' Ospedale "San Giovanni Bosco" di Napoli, nonché Presidente della Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità. L'investitura è stata ufficializzata a Istanbul, durante il XVIII World IFSO Congress, presso l'Halic Congress Center. Subentra al Presidente uscente IFSO, Pradeep Chowbey (India). Il neo presidente IFSO si è distinto per la lunga esperienza di leadership nel campo della chirurgia dell'obesità e nella vita della Federazione, organizzando convegni nazionali e internazionali, con pubblicazioni scientifiche molto citate e punto di riferimento per la comunità, con dimostrazioni pratiche di chirurgia in diretta, negli ospedali di diverse nazioni del mondo.

"L'obesità è causa ricorrente di mortalità, seconda solo al fumo. I chili eccessivi", spiega Angrisani "sono alla base di molte malattie. La condizione di sovrappeso eccessivo crea un disagio fisico e psicologico che non si deve trasformare in una condanna a vita. Al contrario di quanto si possa pensare, l'obesità è molto presente non solo nei Paesi opulenti ma anche in India, nelle classi più abbienti. Brasile e Cina sono altri Paesi in cui il problema è diffuso. In Italia l'obesità colpisce in modo trasversale, soprattutto al Sud".

<http://www.piusanipiubelli.it/italiano-nuovo-presidente-della-isfo-federazione-mondiale-per-chirurgia-dell-obesita.htm>



◀ Sanità

Luigi Angrisani nuovo presidente della federazione mondiale per la chirurgia dell'obesita'



31-08-2013

E' **Luigi Angrisani** il nuovo Presidente della Ifso, la Federazione mondiale per la chirurgia dell'obesita'. L'investitura e' stata ufficializzata ad Istanbul, durante il XVIII World Ifso Congress. Nato il 25 settembre del 1959, Angrisani dirige l'Unita' operativa di chirurgia laparoscopica e generale dell'ospedale San Giovanni Bosco di Napoli ed e' docente alla Scuola di specializzazione di chirurgia generale dell'Universita' degli Studi di Napoli Federico II. Subentra al presidente uscente Ifso, **Pradeep Chowbey** (India). Il nome di Luigi Angrisani e' stato scelto dall'Executive Board e confermato dal General Council, l'organo piu' rappresentativo della Federazione mondiale per la chirurgia dell'obesita', formato da tutti i rappresentanti delle 53 nazioni aderenti. "L'obesita' e' causa ricorrente di mortalita', seconda solo al fumo. I chili eccessivi - spiega Angrisani - sono alla base di molte malattie. La condizione di sovrappeso eccessivo crea un disagio fisico e psicologico che non si deve trasformare in una condanna a vita. La soluzione e' la gastrectomia verticale laparoscopica, che ci consente di regalare una seconda vita ai pazienti obesi". "Al contrario di quanto si possa pensare - aggiunge Angrisani - l'obesita' e' molto presente non solo nei Paesi opulenti ma anche in India, nelle classi piu' abbienti. Brasile e Cina sono altri Paesi in cui il problema e' diffuso. In Italia l'obesita' colpisce in modo trasversale, soprattutto al Sud, dove il problema del rapporto con il cibo e' culturale e deriva dall'equivalenza tra la sua assunzione e il benessere. Così' pero' si creano problemi di obesita' gia' dall'eta' infantile, spesso con complicazioni nell'eta' adulta".

<http://mobile.noi.caserta.it/luigi-angrisani-nuovo-presidente-della-federazione-mondiale-per-la-chirurgia-dell-obesita.html>

Luigi Angrisani nuovo presidente della federazione mondiale per la chirurgia dell'obesità'



E' **Luigi Angrisani** il nuovo Presidente della Ifso, la Federazione mondiale per la chirurgia dell'obesità'. L'investitura e' stata ufficializzata ad Istanbul, durante il XVIII World Ifso Congress. Nato il 25 settembre del 1959, Angrisani dirige l'Unità operativa di chirurgia laparoscopica e generale dell'ospedale San Giovanni Bosco di Napoli ed e' docente alla Scuola di specializzazione di chirurgia generale dell'Università degli Studi di Napoli Federico II. Subentra al presidente uscente Ifso, **Pradeep Chowbey** (India). Il nome di Luigi Angrisani e' stato scelto dall'Executive

Board e confermato dal General Council, l'organo più rappresentativo della Federazione mondiale per la chirurgia dell'obesità', formato da tutti i rappresentanti delle 53 nazioni aderenti. "L'obesità' e' causa ricorrente di mortalità', seconda solo al fumo. I chili eccessivi - spiega Angrisani - sono alla base di molte malattie. La condizione di sovrappeso eccessivo crea un disagio fisico e psicologico che non si deve trasformare in una condanna a vita. La soluzione e' la gastrectomia verticale laparoscopica, che ci consente di regalare una seconda vita ai pazienti obesi". "Al contrario di quanto si possa pensare - aggiunge Angrisani - l'obesità' e' molto presente non solo nei Paesi opulenti ma anche in India, nelle classi più abbienti. Brasile e Cina sono altri Paesi in cui il problema e' diffuso. In Italia l'obesità' colpisce in modo trasversale, soprattutto al Sud, dove il problema del rapporto con il cibo e' culturale e deriva dall'equivalenza tra la sua assunzione e il benessere. Così' però' si creano problemi di obesità' già' dall'età' infantile, spesso con complicazioni nell'età' adulta".

<http://noi.napoli.it/luigi-angrisani-nuovo-presidente-della-federazione-mondiale-per-la-chirurgia-dell-obesita.html>

[HOME](#) > [Salute](#) > [Curarsi](#) 13 settembre 2013

Chirurgia e obesità: quando la dieta non basta

Che cos'è la gastrectomia verticale, i benefici e i rischi. Chi può sottoporsi a questo intervento. Ne parliamo con un esperto, il professor Luigi Angrisani



prof. Luigi Angrisani

Con la consulenza del professor **LUIGI ANGRISANI**, Direttore - UOC Chirurgia Generale, Laparoscopica e d'Urgenza presso l' Ospedale "S.Giovanni Bosco" ASL Napoli 1 centro - Presidente della Federazione Mondiale per la Chirurgia dell' Obesità (IFSO)

"In Italia c'è molta attenzione all'eccesso di peso e ai disagi, sociali lavorativi comportamentali ed estetici, ma poca considerazione per l'obesità come malattia seria ed invalidante che, dal punto di *vista* strettamente medico, peggiora la qualità della vita e ne accorcia significativamente la durata", dice Angrisani. Ci sono casi in cui la via chirurgica è l'unica soluzione.

In che cosa consiste l'intervento per dimagrire

“Esistono diversi tipi di intervento chirurgico. Quello in più rapida diffusione e più comunemente accettato dai pazienti è la gastrectomia verticale, da me anche definito “lifting gastrico”. Si asporta la maggior parte dello stomaco (80%) e si lascia quanto è necessario all'alimentazione di un uomo o di una donna che in generale fanno una vita sedentaria e sono continuamente esposti ad alimenti ad alta densità energetica cioè ad alti contenuti calorici. L'intervento, questo come gli altri, va tuttavia inteso come una tappa di un percorso riabilitativo (nutrizionale e motorio) che prevede almeno 16-18 mesi di controllo trimestrale con l'equipe medica che ha eseguito l'intervento. La gastrectomia verticale è un intervento che oggi presenta molti vantaggi e pochi effetti collaterali”

Le tecniche operatorie

“In alcuni casi con ernia iatale e reflusso gastroesofageo severo o con diabete di tipo II in trattamento con insulina è indicato il bypass gastrico. In questo caso lo stomaco non viene asportato ma viene escluso dal transito degli alimenti, anzi si procura un salto degli alimenti dello stomaco e anche del primo tratto di intestino. E' una tecnica chirurgicamente complessa, ma molto efficace per la cura della cosiddetta sindrome metabolica: ipertensione, diabete e dislipidemia. Tutte queste tecniche chirurgiche si eseguono in video - laparoscopia. Interventi con 3-5 forellini cutanei del diametro di circa 1 cm”. Con la mia equipe, dopo quasi 2000 procedure antiobesità eseguite negli ultimi 20 anni, oggi sia per la gastrectomia verticale che per il bypass gastrico, applichiamo una bendarella contentiva che impedisce dopo 5 e 10 anni dall'intervento che il paziente possa riprendere i chili aumentando la quantità di cibo che può assumere. E' una tecnica avanzata che potenzia l'efficacia dell'intervento negli anni. L'obesità, infatti, è una malattia cronica e si definisce guarita solo dopo 10 anni di stabilità di un peso corporeo normale”.

A chi è realmente suggerito l'intervento chirurgico

In generale a tutti coloro che dopo aver tentato con le diete, rimangono con più del 35-40 % di grasso nella loro composizione corporea e questa condizione perdura da oltre 3 anni in età compresa tra 18 e 60 anni. Anche se sempre più spesso ci viene chiesto di intervenire in adolescenti dopo i 15 anni e in anziani anche dopo i 65. In casi selezionati anche questo è possibile! Noi addetti ai lavori stiamo sempre molto attenti ai rischi dell'intervento che certo esistono, anche se sono paragonabili a quelli del comune intervento di colecistectomia per l'asportazione della colecisti calciosa. La mortalità dell'intervento è inferiore all' 1%. cresce sempre di più nella conoscenza medica dell'obesità la consapevolezza del rischio di mortalità della malattia se non trattata. Intendo dire che si rischia di morire di obesità e delle sue complicanze più di quanto si rischia con l'intervento chirurgico. Non si possono, invece sottoporre all'intervento gli etilisti, tossicodipendenti e i pazienti con psicosi gravi e seri disturbi della personalità e anche tutti coloro che non credono di essere determinati ed in grado di ascoltare continuamente per almeno 18-20 mesi tutti i consigli nutrizionali e non hanno nessuna intenzione di metterli in pratica. Per loro l'intervento può essere inutile”.

Prima e dopo la sala operatoria

“La preparazione prevede una serie di esami di laboratorio e molte indagini radiologiche per ottenere informazioni sull'apparato digerente e sull'apparato cardio-respiratorio, ma soprattutto un approfondimento conoscitivo sull'obesità come malattia e sul percorso che si deve intraprendere per ottenere i risultati. Mentre sono necessarie dalle 48/72 ore di degenza ospedaliera post-intervento. Deambulazione dopo 24 ore, una radiografia di controllo dopo 48 ore e dimissione successiva. Per i primi 3-6 mesi la tavola è quasi un optional. Si sente molto poco la voglia di mangiare: la cosiddetta *fame*. Dunque si mangia quasi per abitudine ed è lì che bisogna iniziare il vero cambiamento dello stile di vita che se realizzato per circa 2 anni può portare alla cura della malattia. Tutto questo non può prescindere da almeno un'ora di attività fisica programmata quotidianamente. Anche 1 ora al giorno di cammino veloce può bastare. In media nei 12 - 18 mesi dopo l'intervento è prevista la massima perdita di peso. Nei primi mesi il calo ponderale è maggiore e va attenuandosi nel tempo. Esiste il rischio di riprendere peso? Sì, se non si seguono le terapie ed i consigli del medico molto strettamente per i primi 2 anni. Per ridurre il rischio della ripresa dei chili perduti abbiamo messo a punto questa nuova tecnica della bendarella anche per pazienti che non si adattano benissimo a mangiare poco subito e sempre!”

di Angelica Amodei

<http://www.piusanipiubelli.it/salute/curarsi/chirurgia-obesita-quando-dieta-non-basta.htm>

10/10/2013 22:08

"L'obesità? Può diventare pericolosa come il cancro"

L'allarme di Luigi Angrisani nuovo Presidente della Federazione Mondiale Chirurgia dell'Obesità.



L'obesità? "È pericolosa come il cancro", dice Luigi Angrisani, nuovo Presidente della Federazione Mondiale Chirurgia dell'Obesità (IFSO) cui aderiscono 8.200 chirurghi di 53 nazioni. Non c'è possibilità di ricamarci su: l'allarme scatta in occasione dell'Obesity Day, che ricorre il 10 ottobre. Ma non ha dubbi il direttore dell'Unità operativa complessa di chirurgia laparoscopica e generale dell'Ospedale "San Giovanni Bosco" di Napoli: "L'obesità è la principale causa di mortalità dopo il fumo, ma le istituzioni non se ne rendono conto. I costi personali e sociali di questo problema sono altissimi, ma finché non ci sarà più consapevolezza, si continuerà a soffrire (e morire) di eccesso di sovrappeso". Che fare? "Per perdere definitivamente una quindicina di chili servono almeno tre anni", spiega Angrisani che tra le sue cariche ha anche quella di docente alla scuola di specializzazione di chirurgia generale dell'Università degli Studi di Napoli Federico II. Con tali premesse, è facile per lui puntare il dito contro le promesse non mantenute di certi prodotti dimagranti, le chimere del fitness per perdere decine di chili, e soprattutto l'alimentazione sbagliata. "Cibo sano e movimento sono il punto di partenza per un corretto stile di vita, e anche la base della prevenzione, ma quando i chili di troppo sono decine tutto questo non basta e la soluzione – sostiene Angrisani - è solo la chirurgia. La gastrectomia verticale laparoscopica è la sola cura possibile nei casi più gravi. L'aumento di peso eccessivo crea anche problemi psicologici e mina l'autostima distruggendo la qualità della vita. Riconoscere il problema quando inizia a manifestarsi, spesso già da bambini, è il primo passo – conclude Angrisani - per affrontarlo e risolverlo prima che sia troppo tardi. Presente anche in Paesi come India e nelle classi più abbienti, il problema è diffuso anche in Brasile e Cina. In Italia l'obesità colpisce in modo trasversale, soprattutto al Sud, dove il problema del rapporto con il cibo è culturale e deriva dall'equivalenza tra la sua assunzione e il benessere. Così però si creano problemi di obesità già dall'età infantile, spesso con complicazioni nell'età adulta".

Roberta Maresci

<http://www.iltempo.it/rubriche/salute/2013/10/10/l-obesita-e-pericolosa-come-il-cancro-1.1179461>

NAPOLI, 14 e 15 MAGGIO CONGRESSO INTERNAZIONALE CHIRURGIA DELL'OBESITA'

- Martedì, 13 Maggio 2014 20:21

Passa per la bocca la nuova chirurgia contro l'obesità. Avete presente la gastroscopia? Bene. Semplificando, potremmo dire che la nuova frontiera è la riduzione dello stomaco attraverso ago e filo introdotti per via orale insieme ad un gastroscopio. La novità è al centro del congresso internazionale (www.sicob2014.it) presieduto ed organizzato a Napoli dal Prof. **Luigi Angrisani**, Presidente della **Federazione Mondiale Chirurgia Bariatrica e Metabolica** - IFSO e da poco nominato **Surgeon Of Excellence dall'European Council** e dal Prof. **Nicola Di Lorenzo**, Presidente della **Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e del Metabolismo (SICOB)**.

Una sessione di interventi eseguiti in regime ambulatoriale sarà al centro della due giorni (14-15 maggio) organizzata a Napoli dalla **Società Italiana di chirurgia dell'obesità e del metabolismo (SICOB)**.

Dopo le prime due operazioni eseguite l'anno scorso al San Giovanni Bosco di Napoli dal Professor Angrisani, utilizzando il rivoluzionario device Apollo OverStitch, adesso per la prima volta in Italia una dimostrazione in diretta del nuovo intervento poco invasivo, senza tagli né buchi, con chirurghi di fama internazionale.

Il nuovo macchinario, prodotto dalla Apollo Endosurgery, consente di effettuare suture chirurgiche per via endoscopica, aprendo la porta a nuove procedure in campo bariatrico e gastroenterologico.

L'Endoplicatura gastrica rappresenta l'evoluzione della chirurgia: attraverso la bocca e l'esofago si può cucire all'interno dello stomaco. Il paziente è posizionato come in qualsiasi altro intervento chirurgico, con un gastroscopio si entra attraverso la bocca ottenendo la proiezione delle immagini su un video, si disegna il profilo della plicatura che si vuole ottenere e con uno straordinario

strumento si passano dei punti, con la conseguente, progressiva diminuzione della volumetria gastrica. Lo stomaco viene schiacciato, ma non tagliato e il cibo passa in piccole quantità attraverso un tubo. Non eseguendo incisioni, né esterne, né interne, anche il dolore per il paziente è ridotto.

“Le pratiche chirurgiche - spiega il professor Luigi Angrisani - si evolvono sempre. Abbiamo lanciato una sfida invitando chirurghi da tutto il mondo ad operare in diretta dalla scuola di medicina dell’Università di Napoli. Saranno eseguiti circa 14 interventi, proprio dai chirurghi pionieri di queste tecniche. Molti arrivano dall’America e dall’India a loro spese per onorare ciò che facciamo a Napoli e in Italia”.

Il congresso metterà a confronto tutte le figure professionali che trattano il grave obeso per fare un focus sui percorsi migliori da offrire ai pazienti che necessitano di un intervento salvavita.

Il simposio sarà anche l'occasione per mostrare le novità tecniche come suturatrici e telecamere 3D per combattere chirurgicamente l'obesità, un male sociale che è sempre più spesso causa di diabete ed ipertensione, oltre che di infarti ed ictus.

Quando l'obesità raggiunge livelli pericolosi per il benessere fisico e psichico, la chirurgia bariatrica è la soluzione.

Obesity Surgery, la più grande rivista mondiale di chirurgia dell'obesità, ha pubblicato un articolo del Prof. Angrisani con il quale la IFSO estende anche a bmi > 30 la chirurgia dell'obesità. In pratica - alla luce della ricerca condotta da Angrisani insieme ad altri studiosi italiani, americani e australiani - è stata riconosciuta l'opportunità dell'abbassamento dell'indice di massa corporea come parametro per poter sottoporre il paziente ad intervento chirurgico. Il Prof. Luigi Angrisani spiega meglio la novità: *“Dopo 23 anni, dal 1991, abbiamo cambiato le indicazioni condivise dalla comunità scientifica determinando una svolta rivoluzionaria. La chirurgia per la cura dell'obesità e le malattie metaboliche ad essa correlate ancora oggi viene eseguita sulla base*

di criteri stabiliti dal 1991 negli Usa (NIH). Solo con indice di massa corporea Body Mass Index (BMI = peso in Kg / altezza in cm²) superiore a 35 si può accedere in Italia e nel mondo al menù vasto ed articolato di opzioni terapeutiche che la chirurgia oggi è in grado di offrire. Per quanto la International Diabetes Federation (IDF) abbia riconosciuto valido l'impiego della chirurgia in Pazienti Diabetici con BMI <35 , solo la IFSO (Federazione Mondiale per la Chirurgia dell'Obesità) ha pubblicato in questo mese nella più prestigiosa rivista scientifica internazionale di settore, Obesity Surgery, un voluminoso documento con il quale si estende finalmente la possibilità di intervento anche a pazienti con obesità di primo grado (BMI 30-35)".

L'iniziativa promossa da Angrisani lascia al giudizio clinico dell'internista e del chirurgo la scelta della strategia chirurgica, come d'altra parte avviene abitualmente per tutte le patologie.

"Si pone così un termine - spiega Angrisani - alla discriminazione ormai inaccettabile per la quale, ad esempio, una donna con una percentuale di massa grassa > al 35% con ipertensione e dislipidemia, dopo aver fallito con le cure mediche, se il suo BMI è < 35 non può accedere al trattamento chirurgico. La chirurgia d'altra parte continua nella sua naturale evoluzione conoscitiva e tecnologica ad essere sempre più sicura e meno invasiva, mentre sempre più allarmante - conclude - è il numero e la gravità dei pazienti obesi che arrivano troppo tardi all'osservazione degli specialisti".

NOTE SU LUIGI ANGRISANI, PRESIDENTE IFSO

Il neo presidente IFSO Luigi Angrisani, dirige l'Unità Operativa Complessa di Chirurgia Laparoscopica e Generale dell'Ospedale "San Giovanni Bosco" di Napoli ed è docente alla scuola di specializzazione di chirurgia generale dell'Università degli Studi di Napoli Federico II, si è distinto per la lunga esperienza di leadership nel campo della chirurgia dell'obesità e nella vita della Federazione, organizzando convegni nazionali ed internazionali, con pubblicazioni scientifiche molto citate e punto di riferimento per la comunità, con dimostrazioni pratiche di chirurgia in diretta, negli ospedali di diverse nazioni del mondo.

Per il Prof. Angrisani, già Presidente della Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità, questo incarico è motivo di orgoglio perché attesta la possibilità di poter contribuire al progresso della medicina e alla condivisione internazionale dei risultati raggiunti, rimanendo e operando nella propria terra d'origine.

Alla **IFSO**, la realtà più importante del mondo in materia di chirurgia dell'obesità, una delle più grandi società internazionali di chirurgia, aderiscono **8.200 chirurghi in 53 nazioni**. La Federazione è stata fondata nel 1995 a Stoccolma.

Publicato in [Salute](#)

<http://fattitaliani.eu/index.php/2013-10-02-06-29-14/salutealtrifatti/item/492-napoli-14-e-15-maggio-congresso-internazionale-chirurgia-dell-obesita>

LA NOVITÀ

Chirurgia contro l'obesità, ora si opera dall'interno

Un congresso internazionale ha portato a Napoli i maggiori esperti del campo



Luigi Angrisani

NAPOLI - Passa per la bocca la nuova chirurgia contro l'obesità. Avete presente la gastroscopia? Bene. Semplificando, potremmo dire che la nuova frontiera è la riduzione dello stomaco attraverso ago e filo introdotti per via orale insieme ad un gastroscopio. Ad illustrare questa novità sono stati il professor Luigi Angrisani, presidente della federazione mondiale di chirurgia bariatrica e

metabolica e il professor Nicola Di Lorenzo, presidente della Società italiana di chirurgia dell'obesità e del metabolismo. Il tutto nel corso di un congresso internazionale tenutosi a Napoli. Dopo le prime due operazioni eseguite l'anno scorso al San Giovanni Bosco dal professor Angrisani, utilizzando il rivoluzionario device Apollo OverStitch, adesso per la prima volta in Italia c'è stata una dimostrazione in diretta del nuovo intervento poco invasivo, senza tagli né buchi, con chirurghi di fama internazionale.

INNOVAZIONE TECNOLOGICA - Il nuovo macchinario, prodotto dalla Apollo Endosurgery, consente di effettuare suture chirurgiche per via endoscopica, aprendo la porta a nuove procedure in campo bariatrico e gastroenterologico.

L'Endoplicatura gastrica rappresenta l'evoluzione della chirurgia: attraverso la bocca e l'esofago si può cucire all'interno dello stomaco. Il paziente è posizionato come in qualsiasi altro intervento chirurgico, con un gastroscopio si entra attraverso la bocca ottenendo la proiezione delle immagini su un video, si disegna il profilo della plicatura che si vuole ottenere e con uno straordinario strumento si passano dei punti, con la conseguente, progressiva diminuzione della volumetria gastrica. Lo stomaco viene schiacciato, ma non tagliato e il cibo passa in piccole quantità attraverso un tubo. Non eseguendo incisioni, né esterne, né interne, anche il dolore per il paziente è ridotto.

L'ESPERTO - «Le pratiche chirurgiche - spiega il professor Luigi Angrisani - si evolvono sempre. Abbiamo lanciato una sfida invitando chirurghi da tutto il mondo ad operare in diretta dalla scuola di medicina dell'Università di Napoli. Dopo 23 anni, dal 1991, abbiamo cambiato le indicazioni condivise dalla comunità scientifica determinando una svolta rivoluzionaria. La chirurgia per la cura dell'obesità e le malattie metaboliche ad essa correlate ancora oggi viene eseguita sulla base di criteri stabiliti dal 1991 negli Usa (NIH). Solo con indice di massa corporea Body Mass Index superiore a 35 si può accedere in Italia e nel mondo al menù vasto ed articolato di opzioni terapeutiche che la chirurgia oggi è in grado di offrire. Per quanto la International Diabetes Federation (IDF) abbia riconosciuto valido l'impiego della chirurgia in Pazienti Diabetici con indice di massa corporea minore di 35, solo la Federazione Mondiale per la Chirurgia dell'Obesità ha pubblicato in questo mese nella più prestigiosa rivista scientifica internazionale di settore, Obesity Surgery, un voluminoso documento con il quale si estende finalmente la possibilità di intervento anche a pazienti con obesità di primo grado».

19 maggio 2014

© RIPRODUZIONE RISERVATA