



SPRING MEETING

18 - 19 MAGGIO 2023
THE NICOLAUS HOTEL

CONDIVIDERE PER CRESCERE
Strategie di integrazione
in Chirurgia Bariatrica

Presidente del Congresso
ANTONIO BRAUN

***SICOB-endorsed National Delphi
Consensus on Obesity Treatment
Optimization:
Focus on Diagnosis, Preoperative
Management, and Weight
Regain/Insufficient Weight Loss Approach***

ANGELO IOSSA, MD PHD , RDTA

SAPIENZA UNIVERSITÀ DI ROMA POLO PONTINO

OSPEDALE ICOT-LATINA



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

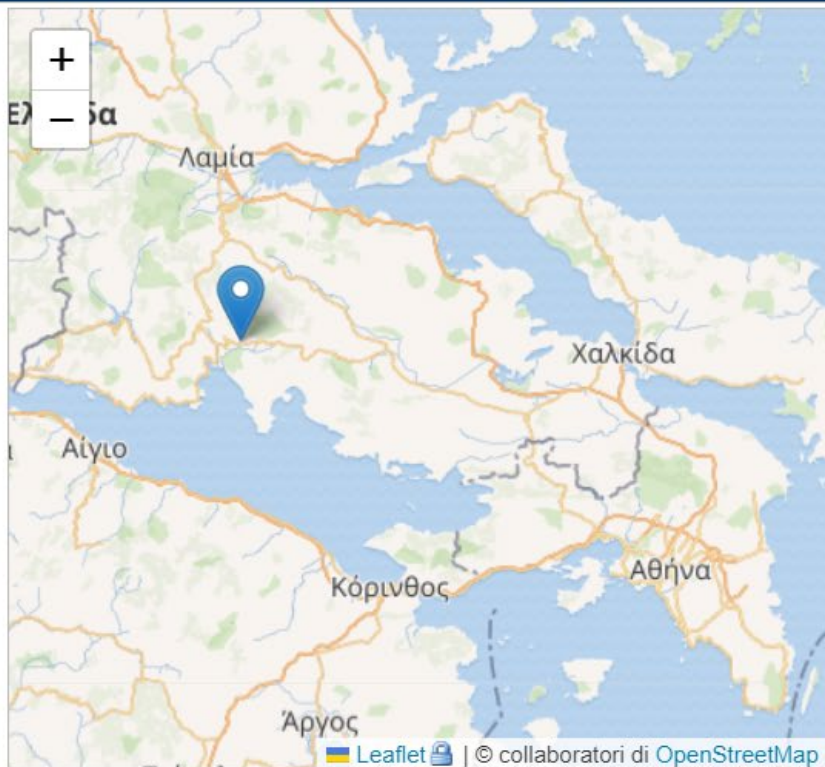


Azioni sulla pagina

- Template
 - Discussione
 - Leggi
 - Visualizza sorgente
 - Cronologia
- GeoHack
- Documentation



- Discussioni



Titolo	Delfi (scarica KML)
Sessagesimali	38° 28' 56" N, 22° 30' 6" E
Decimali	38.482222°, 22.501667°
UTM	4260389 630978 34S
Parallelo	38° N
Zoom	5
Scala	± 1:300000
Regione	
Tipo	



Un culto basato su un'interrogazione e la relativa interpretazione

IL METODO DELPHI

Nasce negli anni 50 per formulare previsioni di scenario politico



IL METODO DELPHI

Metodo qualitativo, partecipativo, previsionale e di confronto

*Giudizio «informato»
di un gruppo di persone anonime di
esperienza (expert panel)
complementare e integrata*



S.I.C.O.B. Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle malattie metaboliche
 Presidente: Nicola Di Lorenzo

LINEE GUIDA DI CHIRURGIA DELL'OBESITÀ

Coordinatore: Diego Foschi

EDIZIONE 2016



SCIENTIFIC REVIEW

Guidelines for Perioperative Care in Bariatric Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations: A 2021 Update

Erik Stenberg¹ · Luiz Fernando dos Reis Falcão² · Mary O’Kane³ · Ronald Liem^{4,5} · Dimitri J. Pournaras⁶ · Paulina Salminen^{7,8} · Richard D. Urman⁹ · Anupama Wadhwa¹⁰ · Ulf O. Gustafsson¹¹ · Anders Thorell^{12,13}



Guidelines/statements

ASMBS position statement on preoperative patient optimization before metabolic and bariatric surgery

Jonathan Carter, M.D.* · Julietta Chang, M.D., T. Javier Birriel, M.D., Fady Moustarah, M.D., Stephanie Sogg, Ph.D., Kasey Goodpaster, Ph.D., Sue Benson-Davies, Ph.D., Katie Chapmon, R.D., Dan Eisenberg, M.D.

Clinical Issues Committee, American Society of Metabolic and Bariatric Surgeons
 Department of Clinical Surgery, University of California-San Francisco, San Francisco, California
 Received 4 May 2021; accepted 27 August 2021



GUIDELINES

Clinical practice guidelines of the European Association for Endoscopic Surgery (EAES) on bariatric surgery: update 2020 endorsed by IFSO-EC, EASO and ESPCOP

Nicola Di Lorenzo¹ · Stavros A. Antoniou^{2,3} · Rachel L. Batterham^{4,5} · Luca Busetto⁶ · Daniela Godoroja⁷ · Angelo Iossa⁸ · Francesco M. Carrano⁹ · Ferdinando Agresta¹⁰ · Isaias Alarçon¹¹ · Carmil Azran¹² · Nicole Bouvy¹³ · Carmen Balaguè Ponz¹⁴ · Maura Buza¹⁵ · Catalin Copaescu¹⁵ · Maurizio De Luca¹⁶ · Dror Dicker¹⁷ · Angelo Di Vincenzo⁶ · Daniel M. Felsenreich¹⁸ · Nader K. Francis¹⁹ · Martin Fried²⁰ · Berta Gonzalo Prats¹⁴ · David Goitein²¹ · Jason C. G. Halford^{22,23} · Jitka Herlesova²⁰ · Marina Kalogridaki²⁴ · Hans Ket²⁵ · Salvador Morales-Conde¹¹ · Giacomo Piatto¹⁶ · Gerhard Prager¹⁸ · Suzanne Pruijssers¹³ · Andrea Pucci^{4,5} · Shlomi Rayman²¹ · Eugenia Romano^{22,23} · Sergi Sanchez-Cordero²⁶ · Ramon Vilallonga²⁷ · Gianfranco Silecchia⁸



Original article

2022 American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) and International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO): Indications for Metabolic and Bariatric Surgery

Dan Eisenberg, M.D.^{a,*}, Scott A. Shikora, M.D.^b, Edo Aarts, M.D., Ph.D.^c, Ali Aminian, M.D.^d, Luigi Angrisani, M.D.^e, Ricardo V. Cohen, M.D., Ph.D.^f, Maurizio De Luca, M.D.^g, Silvia L. Faria, Ph.D.^h, Kasey P. S. Goodpaster, Ph.D.^d, Ashraf Haddad, M.D.ⁱ, Jacques M. Himpens, M.D., Ph.D.^j, Lilian Kow, B.M.B.S., Ph.D.^k, Marina Kurian, M.D.^l, Ken Loi, M.B.B.S., B.Sc. (Med)^m, Kamal Mahawar, M.B.B.S., M.Sc.ⁿ, Abdelrahman Nimeri, M.D., M.B.B.Ch.^o, Mary O’Kane, M.Sc., R.D.^p, Pavlos K. Papasavas, M.D.^q, Jaime Ponce, M.D.^r, Janey S. A. Pratt, M.D.^{a,s}, Ann M. Rogers, M.D.^t, Kimberley E. Steele, M.D., Ph.D.^u, Michel Suter, M.D.^{v,w}, Shanu N. Kothari, M.D.^x

An underwater photograph showing sunlight filtering through the surface of the ocean, creating a shimmering, ethereal light effect. The water is a deep blue, and the light rays are visible as they penetrate the surface.

La conoscenza è un mare e non tutte le informazioni galleggiano sulla superficie della dimostrazione scientifica

Il Progetto

*National Delphi Consensus on Obesity Treatment Optimization:
Focus on Diagnosis, Preoperative Management, and Weight Regain/Insufficient Weight
Loss Approach*



Il Board KOIs:

Luca Busetto

Università di Padova

Sonja Chiappetta

Ospedale Evangelico Betania, Napoli

Maurizio De Luca (coord.)

Ospedale di Rovigo

Francesco Greco

Fondazione Poliambulanza, Brescia

Marcello Lucchese

Ospedale S. Maria Nuova, Firenze

Fausta Micanti

Università Federico II, Napoli

Geltrude Mingrone

Policlinico Universitario A. Gemelli, Roma

Giuseppe Navarra

Policlinico Universitario "G. Martino",

Messina

Marco Raffaelli

Policlinico Universitario A. Gemelli, Roma

Marco Antonio Zappa (coord.)

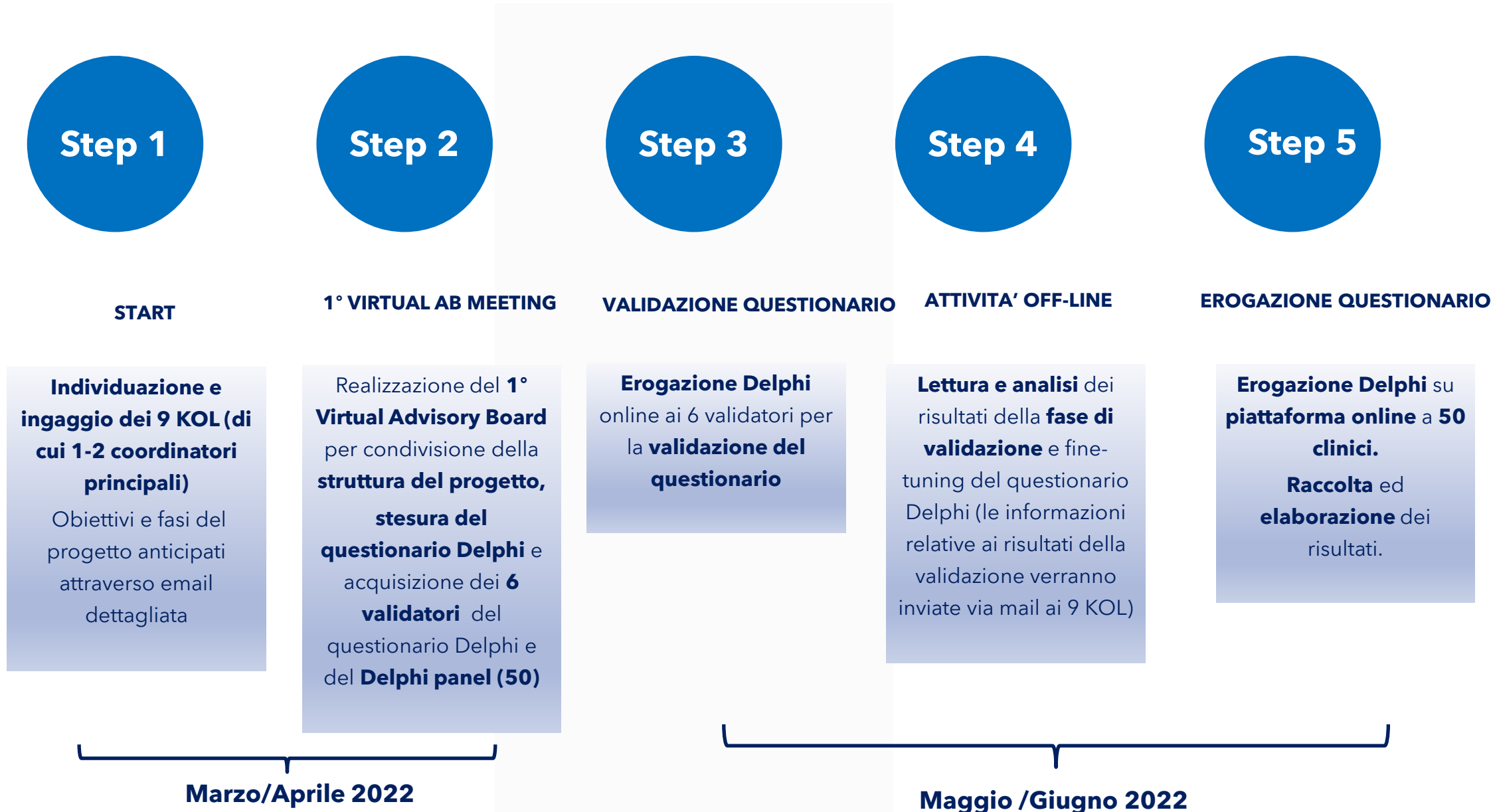
ASST Fatebenefratelli Sacco, Milano

Medical Writer:

Angelo Iossa

Ospedale ICOT Latina

Flusso Progetto e Timing 1/2



Flusso Progetto e Timing 2/2

Step 6

2° VIRTUAL AB MEETING

Realizzazione del **2° Virtual Adv Board** per:

- **analisi** dei risultati;
- identificazione dei **materiali a supporto** degli eventuali statement senza consenso.
- identificazione di un **indice ragionato** del paper e della rivista per la sottomissione.

Giugno 2022

Step 7

EROGAZIONE QUESTIONARIO 2^ FASE

2^ erogazione on line degli statement di NON consenso per sottoporre a nuova votazione, con **letteratura a supporto**, **Raccolta** dei risultati.

Giugno/Luglio 2022

Step 8

ATTIVITA' OFF-LINE/ STESURA PAPER

Condivisione dei nuovi **risultati** e **stesura del consensus paper** da parte del Medical Writer, sviluppo dei contenuti ed impostazione già condivisi in precedente AB

Step 9

ATTIVITA' OFF-LINE/ APPROVAZIONE PAPER

Invio consensus paper ai 9 KOL, **Integrazione** di eventuali **commenti e approvazione** finale del testo.

Agosto/Novembre 2022

Step 10

CONSENSUS PAPER SUBMISSION

Sottomissione del **consensus paper** alla rivista già condivisa con i KOLs

COMUNICAZIONE PLAN

Da Novembre 2022

Aree di indagine

Insufficient Weight Loss (IWL):

perdita di peso <20% del peso iniziale oppure che non sposti il paziente ad una classe di obesità differente da quella iniziale oppure che non determini un controllo clinicamente significativo delle complicanze

Weight Regain (WR)

significativo: Qualsiasi peso riguadagnato dal nadir che porti lo stesso al valore o molto vicino al valore iniziale (prima valutazione) con effetto peggiorativo della qualità di vita o che comporti un controllo clinicamente inadeguato delle complicanze

- 1) *Gestione del paziente con obesità candidato ad intervento chirurgico nei mesi precedenti (3-6 mesi)*
- 2) *Gestione del paziente con obesità non candidabile alla chirurgia bariatrica*
- 3) *Gestione del paziente con obesità che nei 2 anni post intervento non ha risposto alla chirurgia bariatrica (perdita di peso insufficiente) o riporta weight regain.*
- 4) *Gestione del paziente con obesità che nei 5 anni post chirurgia bariatrica presenta un weight regain.*
- 5) *L'associazione farmacologica + intervento chirurgico*

2) L'associazione farmacologica + intervento chirurgico
chirurgia bariatrica presenta un weight regain.

Creazione degli statement e sottomissione alla valutazione dei KOLs e degli expert panelist

Ogni “statement” prevede un grado di risposta che va da 1 a 5.

Le risposte **1** e **2** indicano il **grado di discordanza**, mentre **3, 4, 5** di **progressiva concordanza** (3= accordo, 4= più che d'accordo, 5= massimo accordo)

“**Consenso**” = distribuzione delle risposte **> 66%** o nel versante 1 + 2 (consenso sul disaccordo) o nel versante 3 + 4 + 5 (consenso sull'accordo).

Le domande che non raggiunsero una tale distribuzione, sono considerate “non risolte”

Caratteristiche degli Experts

	Esperienza	Afiliazione SICOB	Distribuzione territoriale	Distribuzione sessuale
Chirurghi bariatrici esperti	Almeno 5 anni di esperienza clinica	Membri	Distribuzione omogenea	Non ottenibile
Team multidisciplinare esperto	Coinvolti in un centro SICOB con un'esperienza di almeno 5 anni	Non obbligatoria	Distribuzione omogenea	Almeno 40% di rappresentanza femminile (idealmente il 50%)

Area di indagine #1: Gestione del paziente con obesità candidato ad intervento chirurgico dopo 3-6 mesi

Statement #1 - Nel paziente con obesità candidato all'intervento chirurgico nel periodo pre-operatorio (3-6 mesi) è raccomandato un calo ponderale:	1 (Massimo disaccordo)	2 (Disaccordo)	3 (Accordo)	4 (Più che d'accordo)	5 (Massimo accordo)
1.1 di qualsiasi entità					
1.2 almeno del 5%					
1.3 almeno del 10%					

Statement #2 - Il calo ponderale preoperatorio contribuisce a:	1 (Massimo disaccordo)	2 (Disaccordo)	3 (Accordo)	4 (Più che d'accordo)	5 (Massimo accordo)
2.1 migliorare l'outcome operatorio con diminuzione delle complicanze					
2.2 migliorare il calo ponderale post-operatorio					

Area di indagine #1: Gestione del paziente con obesità candidato ad intervento chirurgico dopo 3-6 mesi

Statement #3 - Un adeguato screening in fase pre-operatoria dovrebbe sempre comprendere indagini per:	1 (Massimo disaccordo)	2 (Disaccordo)	3 (Accordo)	4 (Più che d'accordo)	5 (Massimo accordo)
3.1 endocrinopatie responsabili di obesità secondaria (es tireopatie e ipercortisolismi)					
3.2 sindromi genetiche che causano obesità severa (es. Sindrome di Prader Willi)					
3.3 diabete (T2DM)					
3.4 valutazione del compenso glicemico se il diabete è noto					
3.5 intensificazione della terapia se HbA1c > 7%					
3.6 dislipidemie					
3.7 OSAS (sindrome delle apnee ostruttive del sonno)					
3.8 trattamento ventilatorio notturno nel paziente con OSA moderata-severa.					
3.9 terapia estrogenica la cui sospensione preoperatoria di almeno un mese viene richiesta al fine di ridurre il rischio tromboembolico					
3.10 diagnosi di stati carenziali di micro/macronutrienti (ferro, acido folico, albumina)					
3.11 diagnosi di carenza/insufficienza di vitamine D/B12					
3.12 diagnosi di carenza/insufficienza di vitamine A/E/K					
3.13 supplementazione pre-operatoria di stati carenziali					

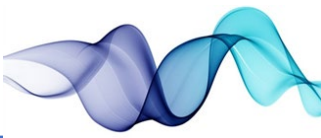
Area di indagine #1: Gestione del paziente con obesità candidato ad intervento chirurgico dopo 3-6 mesi

Statement #4	1 (Massimo disaccordo)	2 (Disaccordo)	3 (Accordo)	4 (Più che d'accordo)	5 (Massimo accordo)
L'ottenimento del calo ponderale preoperatorio va raggiunto con qualsiasi strategia (farmacologica/endoscopica/nutrizionale/psicologica)					
Statement #5	1 (Massimo disaccordo)	2 (Disaccordo)	3 (Accordo)	4 (Più che d'accordo)	5 (Massimo accordo)
La prescrizione di farmacoterapia è utile nel raggiungimento del calo ponderale preoperatorio					
Statement #6	1 (Massimo disaccordo)	2 (Disaccordo)	3 (Accordo)	4 (Più che d'accordo)	5 (Massimo accordo)
L'utilizzo di farmaci anti-obesità in fase preoperatoria può migliorare gli outcome chirurgici (% di complicanze medico/chirurgiche).					
Statement #7 - Un'indagine accurata che miri ad un significativo outcome chirurgico dovrebbe sempre identificare la presenza di	1 (Massimo disaccordo)	2 (Disaccordo)	3 (Accordo)	4 (Più che d'accordo)	5 (Massimo accordo)
7.1 comportamenti alimentari peculiari: Grazing, Binge, Loss of Control (LOC), Eating e Sweet Eating					
7.2 disturbi del comportamento alimentare: Binge Eating Disorder (BED) e Night Eating Syndrome (NES)					

Area di indagine #1: Gestione del paziente con obesità candidato ad intervento chirurgico dopo 3-6 mesi

Statement #8	1 (Massimo disaccordo)	2 (Disaccordo)	3 (Accordo)	4 (Più che d'accordo)	5 (Massimo accordo)
I protocolli Very Low Calorie Diet (VLCD) / Very Low Ketogenic Diet (VLKD) (400/800 kcal/d) e Low Calorie Diet (LCD) (800-1200 kcal/d) per 2-12 settimane preoperatorie rappresentano una strategia per la riduzione del peso e del volume epatico					
Statement #9	1 (Massimo disaccordo)	2 (Disaccordo)	3 (Accordo)	4 (Più che d'accordo)	5 (Massimo accordo)
Una riduzione $\geq 10\%$ del peso, di 3 kg di grasso o del 5% dell'eccesso di peso rappresentano il target della strategia nutrizionale preoperatorio					
Statement #10	1 (Massimo disaccordo)	2 (Disaccordo)	3 (Accordo)	4 (Più che d'accordo)	5 (Massimo accordo)
I trattamenti nutrizionali anche farmacologici presentano bassi rischi clinici e non compromettono significativamente (in termine di durata) il percorso pre-operatorio					

Area di indagine #2: Gestione del paziente con obesità non candidabile alla chirurgia bariatrica



Statement #11 - Le seguenti tipologie di pazienti non sono mai candidabili alla chirurgia bariatrica:	1 (Massimo disaccordo)	2 (Disaccordo)	3 (Accordo)	4 (Più che d'accordo)	5 (Massimo accordo)
11.1 pazienti affetti da obesità di età > 60 anni ad alto rischio anestesilogico					
11.2 pazienti con disturbi psichiatrici quali: schizofrenia, psicosi, disturbo da addiction, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo borderline, disturbo di personalità, bulimia nervosa					
11.3 pazienti in trattamento psicofarmacologico di cui non è possibile valutare i livelli plasmatici post-intervento onde evitare condizioni di scompenso psichico					
11.4 pazienti che rifiutino supporti nutrizionali					
11.5 pazienti che manifestino incremento significativo del peso in corso di percorso pre-operatorio					
Statement #12	1 (Massimo disaccordo)	2 (Disaccordo)	3 (Accordo)	4 (Più che d'accordo)	5 (Massimo accordo)
Il protocollo perioperatorio deve includere valutazioni interdisciplinari di rischio/beneficio e protocolli di valutazione di reversibilità delle controindicazioni					
Statement #13	1 (Massimo disaccordo)	2 (Disaccordo)	3 (Accordo)	4 (Più che d'accordo)	5 (Massimo accordo)
L'età > 70 anni in assenza di elevato rischio pre-operatorio non rappresenta di per sé un criterio di esclusione dalla terapia chirurgica					

Area di indagine #2: Gestione del paziente con obesità non candidabile alla chirurgia bariatrica

Statement #14	1 (Massimo disaccordo)	2 (Disaccordo)	3 (Accordo)	4 (Più che d'accordo)	5 (Massimo accordo)
In pazienti affetti da obesità non candidabili a procedure chirurgiche le strategie endoscopiche transitorie (Bioenterics Intragastric Balloon-BIB) o potenzialmente reversibili (sleeve endoscopica) rappresentano un'alternativa valida					
Statement #15	1 (Massimo disaccordo)	2 (Disaccordo)	3 (Accordo)	4 (Più che d'accordo)	5 (Massimo accordo)
In pazienti affetti da obesità non candidabili a procedure chirurgiche le strategie nutrizionali (qualsiasi tipo) rappresentano un'alternativa sicura ed efficace					
Statement #16	1 (Massimo disaccordo)	2 (Disaccordo)	3 (Accordo)	4 (Più che d'accordo)	5 (Massimo accordo)
In pazienti affetti da obesità non candidabili a procedure chirurgiche le strategie nutrizionali (qualsiasi tipo) unitamente alla somministrazione di farmaci rappresentano un'alternativa sicura ed efficace					

Area di indagine #2: Gestione del paziente con obesità non candidabile alla chirurgia bariatrica

Statement #17	1 (Massimo disaccordo)	2 (Disaccordo)	3 (Accordo)	4 (Più che d'accordo)	5 (Massimo accordo)
In pazienti affetti da obesità non candidabili a procedure chirurgiche le strategie farmacologiche per se (anche in assenza di strategia nutrizionale) rappresentano un'alternativa sicura ed efficace					
Statement #18	1 (Massimo disaccordo)	2 (Disaccordo)	3 (Accordo)	4 (Più che d'accordo)	5 (Massimo accordo)
Recenti evidenze scientifiche hanno mostrato come tra le terapie farmacologiche per il controllo del peso gli agonisti del recettore GLP-1 mostrino maggiore efficacia					
Statement #19	1 (Massimo disaccordo)	2 (Disaccordo)	3 (Accordo)	4 (Più che d'accordo)	5 (Massimo accordo)
Qualsiasi strategia (endoscopica/farmacologica/nutrizionale) non può prescindere da una strategia di supporto psicologico					

Area di indagine #3: Gestione del paziente con obesità che nei 2 anni post intervento non ha risposto alla chirurgia bariatrica per perdita di peso insufficiente o perché riporta un significativo weight regain

Statement #20 - Nel paziente con obesità che nei 24 mesi post intervento non ha risposto alla chirurgia bariatrica per perdita di peso insufficiente (IWL) o perché riporta un significativo weight regain(WR) (secondo criteri specificati precedentemente) possiamo affermare che:	1 (Massimo disaccordo)	2 (Disaccordo)	3 (Accordo)	4 (Più che d'accordo)	5 (Massimo accordo)
20.1 è necessario un adeguato e ampio inquadramento psicologico e nutrizionale come prima fase di trattamento					
20.2 qualsiasi tipo di intervento necessita di un ottimale controllo dei micronutrienti					
20.3 la prescrizione di farmacoterapia rappresenta una valida strategia di trattamento					
20.4 Il controllo delle comorbidità in presenza di IWL/WR rende non necessaria una strategia nutrizionale					
20.5 Il trattamento revisionale endoscopico rappresenta una buona strategia di intervento					
20.6 La chirurgia revisionale rappresenta una buona strategia di intervento					

Area di indagine 4: Gestione del paziente con obesità che nei 5 anni post chirurgia bariatrica riporta un significativo weight regain.

Statement #21 - Nel paziente con obesità che nei 5 anni post chirurgia bariatrica riporta un significativo weight regain possiamo affermare che:	1 (Massimo disaccordo)	2 (Disaccordo)	3 (Accordo)	4 (Più che d'accordo)	5 (Massimo accordo)
21.1 E' necessario un adeguato e ampio inquadramento psicologico e nutrizionale come prima fase di trattamento					
21.2 E' necessario un adeguato e ampio inquadramento psicologico/psichiatrico per valutarne le cause					
21.3 Qualsiasi tipo di intervento necessita preventivamente di un ottimo controllo dei micronutrienti					
21.4 La prescrizione di farmacoterapia rappresenta una valida strategia di trattamento					
21.5 Il controllo delle comorbidità in presenza di WR rende non necessaria una strategia nutrizionale					
21.6 Il trattamento revisionale endoscopico rappresenta una buona strategia di intervento					
21.7 La chirurgia revisionale rappresenta una buona strategia di intervento					

Area di indagine 5: L'associazione farmacologica nel post operatorio può migliorare l'outcome dell'intervento chirurgico

Statement #22	1 (Massimo disaccordo)	2 (Disaccordo)	3 (Accordo)	4 (Più che d'accordo)	5 (Massimo accordo)
Evidenze scientifiche mostrano come l'utilizzo di farmaci anti-obesità dopo l'intervento chirurgico possa facilitare la perdita di peso e/o arrestarne il recupero.					

Il questionario DELPHI

- 22 statement
 - ✓ 18 con **Consenso Positivo**
 - ✓ 2 con **Consenso Negativo**
 - ✓ 2 con **Non Consenso**

L'Expert Panel

- 40 esperti in chirurgia bariatrica e 14 specialisti multidisciplinari
 - ✓ 54/65 rispondenti (83%)

DISTRIBUZIONE GEOGRAFICA

DISTRIBUZIONE GEOGRAFICA REGIONALE

Abruzzo	2
Calabria	1
Campania	6
Emilia Romagna	3
Lazio	13
Liguria	1
Lombardia	7
Marche	2
Piemonte	4
Puglia	3
Sardegna	2
Sicilia	3
Toscana	2
Umbria	2
Valle d'Aosta	1
Veneto	2
TOTALE	54

NORD	18	33%
CENTRO	21	39%
SUD	15	28%



GENERE



N° UOMINI
37



N° DONNE
17

SPECIALIZZAZIONI



Chirurgia generale: 38



Chirurgia dell'apparato digerente: 2



Diabetologia e malattie del ricambio: 1



Endocrinologia: 6



Nutrizione/Scienze dell'alimentazione: 5



Psicologia/psicoterapia: 2

Area di indagine #2: Gestione del paziente con obesità non candidabile alla chirurgia bariatrica

Statement #11 - Le seguenti tipologie di pazienti non sono mai candidabili alla chirurgia bariatrica:	1	2	3	4	5	TOT
11.1 pazienti affetti da obesità di età > 60 anni ad alto rischio anestesiológico	2	16	16	10	10	54
	33%		67%			
11.2 pazienti con disturbi psichiatrici quali: schizofrenia, psicosi, disturbo da addiction, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo borderline, disturbo di personalità, bulimia nervosa		12	9	11	22	54
	22%		78%			
11.3 pazienti in trattamento psicofarmacologico di cui non è possibile valutare i livelli plasmatici post-intervento onde evitare condizioni di scompenso psichico		10	14	13	17	54
	19%		81%			
11.4 pazienti che rifiutino supporti nutrizionali	2	3	13	11	25	54
	9%		91%			
11.5 pazienti che manifestino incremento significativo del peso in corso di percorso pre-operatorio	2	17	12	10	13	54
	35%		65%			

Statement #12	1	2	3	4	5	TOT
Il protocollo perioperatorio deve includere valutazioni interdisciplinari di rischio/beneficio e protocolli di valutazione di reversibilità delle controindicazioni		2	7	12	33	54
	4%		96%			100%

Area di indagine #2: Gestione del paziente con obesità non candidabile alla chirurgia bariatrica

Statement #17	1	2	3	4	5	TOT
In pazienti affetti da obesità non candidabili a procedure chirurgiche le strategie farmacologiche per sè (anche in assenza di strategia nutrizionale) rappresentano un'alternativa sicura ed efficace	8	18	17	9	2	54
	48%		52%			100%

Statement #18	1	2	3	4	5	TOT
Recenti evidenze scientifiche hanno mostrato come tra le terapie farmacologiche per il controllo del peso gli agonisti del recettore GLP-1 mostrino maggiore efficacia			15	25	14	54
	0%		100%			100%

Statement #19	1	2	3	4	5	TOT
Qualsiasi strategia (endoscopica/farmacologica/nutrizionale) non può prescindere da una strategia di supporto psicologico		3	18	13	20	54
	6%		94%			100%

Area di indagine #3: Gestione del paziente con obesità che nei 2 anni post intervento non ha risposto alla chirurgia bariatrica per perdita di peso insufficiente o perché riporta un significativo weight regain

Statement #20 - Nel paziente con obesità che nei 24 mesi post intervento non ha risposto alla chirurgia bariatrica per perdita di peso insufficiente (IWL) o perché riporta un significativo weight regain(WR) (secondo criteri specificati precedentemente) possiamo affermare che:	1	2	3	4	5	TOT
20.1 è necessario un adeguato e ampio inquadramento psicologico e nutrizionale come prima fase di trattamento			7	10	37	54
	0%		100%			
20.2 qualsiasi tipo di intervento necessita di un ottimale controllo dei micronutrienti	1	1	23	12	17	54
	4%		96%			
20.3 la prescrizione di farmacoterapia rappresenta una valida strategia di trattamento	1	5	17	21	10	54
	11%		89%			
20.4 Il controllo delle comorbidità in presenza di IWL/WR rende non necessaria una strategia nutrizionale	18	23	9	2	2	54
	76%		24%			
20.5 Il trattamento revisionale endoscopico rappresenta una buona strategia di intervento	2	12	28	6	6	54
	26%		74%			
20.6 La chirurgia revisionale rappresenta una buona strategia di intervento		6	19	20	9	54
	11%		89%			

Area di indagine #4: Gestione del paziente con obesità che nei 5 anni post chirurgia bariatrica riporta un significativo weight regain.

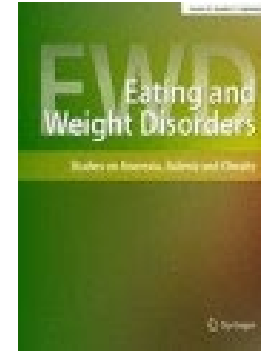
Statement #21 - Nel paziente con obesità che nei 5 anni post chirurgia bariatrica riporta un significativo weight regain possiamo affermare che:	1	2	3	4	5	TOT
21.1 E' necessario un adeguato e ampio inquadramento psicologico e nutrizionale come prima fase di trattamento			8	11	35	54
	0%		100%			
21.2 E' necessario un adeguato e ampio inquadramento psicologico/psichiatrico per valutarne le cause		1	13	18	22	54
	2%		98%			
21.3 Qualsiasi tipo di intervento necessita preventivamente di un ottimo controllo dei micronutrienti		6	20	11	17	54
	11%		89%			
21.4 La prescrizione di farmacoterapia rappresenta una valida strategia di trattamento	2	4	17	18	13	54
	11%		89%			
21.5 Il controllo delle comorbidità in presenza di WR rende non necessaria una strategia nutrizionale	14	24	10	3	3	54
	70%		30%			
21.6 Il trattamento revisionale endoscopico rappresenta una buona strategia di intervento	2	13	24	10	5	54
	28%		72%			
21.7 La chirurgia revisionale rappresenta una buona strategia di intervento		3	17	19	15	54
	6%		94%			



SICOB-endorsed national Delphi consensus on obesity treatment optimization: focus on diagnosis, pre-operative management, and weight regain/insufficient weight loss approach

Marco Antonio Zappa¹ · Angelo Iossa² · Luca Busetto³ · Sonja Chiappetta⁴ · Francesco Greco⁵ · Marcello Lucchese⁶ · Fausta Micanti⁷ · Geltrude Mingrone^{8,9,10} · Giuseppe Navarra¹¹ · Marco Raffaelli¹² · Delphi Expert Panel · Maurizio De Luca¹³

Expert Panel · Maurizio De Luca¹³
Marcello Lucchese⁶ · Fausta Micanti⁷ · Geltrude Mingrone^{8,9,10} · Giuseppe Navarra¹¹ · Marco Raffaelli¹² · Delphi
Marco Antonio Zappa¹ · Angelo Iossa² · Luca Busetto³ · Sonja Chiappetta⁴ · Francesco Greco⁵



Conclusion

The current study represents the first Delphi consensus SICOB-endorsed on optimization process in obesity treatment with multiple focuses on different aspects of management. *The Delphi results highlight the importance of interdisciplinary management, with large pre-treatment examination, as first-line and offer significant elements on how experts are facing WR and IWL with multiple lines of treatment (pharmacological, endoscopic, surgical).* The present Delphi mediated consensus could represent the first step to build recommendations specifically in not explored field of obesity treatment.

consensus could represent the first step to build recommendations specifically in not explored field of obesity treatment.
WR and IWL with multiple lines of treatment (pharmacological, endoscopic, surgical). The present Delphi mediated
management, with large pre-treatment examination, as first-line and offer significant elements on how experts are facing
multiple focuses on different aspects of management. The Delphi results highlight the importance of interdisciplinary


S.I.C.O.B.
Bari

SPRING MEETING

18 - 19 MAGGIO 2023
THE NICOLAUS HOTEL

CONDIVIDERE PER CRESCERE
Strategie di integrazione
in Chirurgia Bariatrica

Presidente del Congresso
ANTONIO BRAUN



- **GRAZIE**
- **ANGELO.IOSSA@UNIROMA1.IT**
- **[@ANGELOIOSSMD](https://www.instagram.com/ANGELOIOSSMD)**