

Titolo

Responsabile della redazione

Data compilazione

S. Bracci

10/06/2010

NUOVE TECNICHE E TECNOLOGIE A CONFRONTO NEL TRATTAMENTO DELL'OBESITÀ: RAZIONALE DI UNA SCELTA

Progetto di incontro tra operatori della chirurgia bariatrica

Casa di Cura Leonardo
 Viale P. Grocco, 136 Sovigliana - Vinci (FI)

11-12 novembre 2011

TARGET: CHIRURGI BARIATRICI E GENERICI, DIABETOLOGI, INTERNISTI, NUTRIZIONISTI

MODALITÀ DI EROGAZIONE: RESIDENZIALE

TEAM DI PROGETTO

Docenti

Dr. Francesco Furbetta – *Casa di Cura Leonardo, Empoli*

IL RAZIONALE DEL TEMA:

L'aumento delle disponibilità alimentari e della sedentarietà hanno portato gli individui a mangiare di più e fare meno attività fisica. Conseguenza di ciò può essere quello che molti professionisti medici definiscono oggi "l'epidemia dell'obesità".

Molti paesi stanno attualmente fronteggiando una grande crisi sanitaria. E' evidente il collegamento tra obesità e condizioni di salute gravi. Patologie come diabete di tipo 2, disturbi cardiaci, infarto, tumori ed ipertensione possono essere strettamente correlate all'obesità e stanno mettendo a dura prova anche i bilanci sanitari. Studi di diversi autori hanno dimostrato che un calo ponderale del peso in eccesso in pazienti operati contribuisce a ridurre o eliminare le comorbidità sopra elencate. Il dr. Samuel Sultan ha recentemente pubblicato un articolo dove dimostra che un calo del peso in eccesso tra il 20-25% ha prodotto una risoluzione massima o una percentuale di miglioramento dell'83,3% del diabete.

Questo corso di formazione, residenziale, alla sua seconda edizione, con respiro nazionale vuole rappresentare un momento di informazione e confronto aperto tra professionisti medici che operano

Titolo

Responsabile della redazione

Data compilazione

S. Bracci

10/06/2010

nell'ambito della chirurgia bariatrica ed hanno già acquisito una certa esperienza in questo ambito. Il corso di livello avanzato sarà principalmente caratterizzato da sessioni di sala operatoria in cui si mostrerà la possibilità di effettuare ri-operazioni a seguito di complicanze post-chirurgiche, ri-operazioni a seguito di fallimenti della procedura bariatrica primaria ed il rimodellamento del corpo obeso a seguito di un forte calo ponderale. Inoltre ci sarà un collegamento internazionale con il dr. Paul O'Brien, uno dei maggiori esperti in chirurgia bariatrica con un'esperienza di oltre 20 anni, che condurrà una sessione di domande e risposte con i partecipanti sui maggiori temi di attualità in questo campo.

GLI OBIETTIVI DEL PROGETTO FORMATIVO:

Quali obiettivi si prefigge questo corso? Il primo è quello di fornire ai partecipanti uno strumento di conoscenza e confronto aperto su tematiche oggi di grande attualità. In secondo luogo condividere esperienze di gruppi chirurgici che si sono cimentati in questo contesto con particolare riferimento all'appropriatezza dell'opzione chirurgica, all'importanza del follow up.

N° MASSIMO DI PARTECIPANTI PREVISTI:

40 CHIRURGI BARIATRICI E GENERICI, DIABETOLOGI, INTERNISTI, NUTRIZIONISTI

N° DI ORE TOTALI 8 DI CUI INTERATTIVE 3,30

N° DI CREDITI RICONOSCIUTI: 9

VALUTAZIONE APPRENDIMENTO

Test ecm- percentuale di risposte esatte richiesta: 75%

**NUOVE TECNICHE E TECNOLOGIE A CONFRONTO NEL
TRATTAMENTO DELL'OBESITÀ: RAZIONALE DI UNA SCELTA**
Progetto di incontro tra operatori della chirurgia bariatrica

Casa di Cura Leonardo
Viale P. Grocco, 136 Sovigliana - Vinci (FI)

11-12 novembre 2011

PROGRAMMA SCIENTIFICO

11 novembre 2011

14:00 Inizio dei lavori: **La gestione del paziente obeso nel centro bariatrico Leonardo**

- 1) Strategia
- 2) Fallimenti
- 3) Complicanze
- 4) Casi limite

Relatore: Francesco Furbetta

Presentazione dei casi clinici

14:20 Sala operatoria 1 – operazione di bendaggio gastrico dopo rimozione per erosione

Operatore: Francesco Furbetta

Sala operatoria 2 – operazione di addominoplastica post calo ponderale

Operatore: Stefano Marianelli

Moderatore: Maurizio De Luca

15.45 Domande e Risposte

16:00 Chirurgia plastica ricostruttiva post chirurgia bariatrica: indicazioni e tecniche.

Relatore: Stefano Marianelli

16.15 Domande e Risposte

16.30 Coffee break

16:45 Sessione Video - Gestione delle complicanze nelle maggiori procedure di chirurgia bariatrica

- Bendaggio gastrico - *Relatore: Francesco Furbetta*
- Bypass gastrico - *Relatore: Simona Gennai*
- Sleeve gastrectomy/plicatura gastrica - *Relatore: Francesca Garagnani*

17:15 Prevenire e trattare le complicanze nutrizionali in chirurgia bariatrica - *Relatore: Luca Busetto*

17:30 Il ruolo del pallone nel trattamento degli adolescenti e degli anziani

Relatore: Francesco Furbetta

Titolo

Responsabile della redazione

Data compilazione

S. Bracci

10/06/2010

17:45 Domande e Risposte

 18:00 **L'angolo tecnologico**

 Novità tecnologiche: test e indicazioni - *Relatore: Francesco Furbetta*

18:30 Fine lavori

12 novembre 2011

08:30 Inizio dei lavori

08:30 Chirurgia metabolica: le variabili importanti per l'internista

Relatore: Luca Busetto

08:45 Domande e Risposte

 09:00 **Ottimizzazione dei risultati con bendaggio gastrico – Prof. O'Brien - Australia**

09:45 Presentazione dei casi clinici

Sala operatoria 1 – re-do per insuccesso
Operatore: Francesco Furbetta
Sala operatoria 2 – operazione di torsoplastica post calo ponderale
Operatore: Stefano Marianelli
Moderatore: Maurizio De Luca

11.15 Evidenza scientifica: i dati sul bendaggio gastrico prima e dopo il 2000

Relatore: Maurizio De Luca

11.30 Come avere successo con il bendaggio gastrico

- Dati clinici e tecnica chirurgica - *Relatore: Francesco Furbetta*
- Preparazione del paziente – *Relatore: Beatrice Loiacono*
- Strategia premiante – *Relatore: Carla Masetti*

11.50 Nuove frontiere nell'utilizzo del bendaggio gastrico

- BMI 30-35, adolescenti, anziani - *Relatore: Luca Busetto*
- Soluzioni con il bendaggio, soluzioni al bendaggio - *Relatore Francesco Furbetta*

 12:15 **L'angolo scientifico**

 proposte di collaborazioni scientifiche - *Relatore: Francesco Furbetta*

12:30 Domande e risposte

12:45 Questionario ECM

13:00 Chiusura lavori

Titolo

Responsabile della redazione

Data compilazione

S. Bracci

10/06/2010

ABSTRACTS

Gestione del Paziente Obeso: il trattamento sequenziale

Dr. Francesco Furbetta

Istituire una serie di procedure il cui ordine è direttamente correlato alla minore invasività delle stesse e in cui ogni passaggio successivo possa essere annullato o semplificato dal successo totale o parziale della procedura precedente, per permettere il più sicuro ed efficace iter terapeutico.

Pallone intragastrico (B.I.B.), bendaggio gastrico (LAP-BAND) e bypass funzionale (FGB), rappresentano un sequenziale, logico trattamento che si propone di ottenere il risultato riducendo i rischi e offrendo la possibilità di tornare a gestire e controllare il proprio comportamento alimentare: le procedure chirurgiche sono inoltre tecnicamente correlate poiché il bypass funzionale utilizza il LAP-BAND, precedentemente posizionato, come partizione funzionale gastrica. Stabilito che, per ogni paziente, una riduzione di peso determina una riduzione dei rischi e una facilitazione tecnica, il paziente selezionato per procedure chirurgiche è nel suo momento meno opportuno se esiste una procedura non chirurgica, anche se temporanea, per ridurre il suo peso.

Il pallone intragastrico non prevede procedure anestesilogiche e chirurgiche ed è pertanto il più indicato in questa prima fase in relazione al fattore rischio; l'assuefazione al suo meccanismo d'azione e la temporaneità della procedura determinano la sua limitata efficacia sul calo ponderale e, soprattutto, sul mantenimento del risultato; un ruolo molto importante svolge invece nei riguardi della rieducazione alimentare, sfruttando anche il periodo iniziale di maggior entusiasmo e collaborazione del paziente.

Il LAP-BAND, intervento realmente mini-invasivo, sicuro, reversibile e modulabile, successivamente eseguito, viene quindi praticato in soggetti con ridotto rischio per miglioramenti della dinamica respiratoria, cardio-circolatoria e della mobilizzazione attiva e passiva post-operatoria; la tecnica chirurgica laparoscopica risulta enormemente facilitata da una riduzione dei visceri addominali (fegato, omento) e da un aumento degli spazi chirurgici che consentono, inoltre, di operare con ridotte pressioni di CO₂ che favorisce un adeguato ritorno venoso e una idonea dinamica respiratoria. La rieducazione alimentare indotta dal B.I.B. risulta estremamente vantaggiosa per l'ottenimento e mantenimento del risultato, correlato al rispetto di normali e basilari regole alimentari perdute dai soggetti obesi. I pazienti che, per mancata compliance e arresto nel calo ponderale, non riescono ad ottenere il risultato, vengono indirizzati al bypass funzionale. L'intervento laparoscopico è una procedura in cui al bendaggio è affidata la partizione funzionale gastrica mentre il bypass si esegue con un'anastomosi tra la pouch gastrica al di sopra del bendaggio e un'ansa del tenue in modo da determinare un tratto comune di 150 cm, con finalità di ridotto assorbimento e un tratto alimentare di 200 cm circa. Quest'ultima procedura chirurgica più complessa, viene pertanto eseguita nel momento di massimo calo ponderale ottenibile per quel dato paziente, con metà dell'intervento già eseguito con il precedente bendaggio e soprattutto riservandola al ristretto numero di pazienti che oggettivamente ne hanno bisogno.

Considerazioni conclusive

Il trattamento chirurgico dell'obesità grave si confronta con due principali problematiche: quelle insite con un atto chirurgico le cui difficoltà e rischi sono strettamente correlati alle caratteristiche morfologiche e co-morbidità e quelle del risultato a lungo termine, condizionato dal primitivo disturbo del comportamento alimentare e dalle modificazioni fisiologiche e patologiche proprie della vita di ogni individuo. Il trattamento sequenziale propone un trattamento mini-invasivo, reversibile, graduale e regolabile, rivolto a risolvere la malattia dell'obesità e a correggere il primitivo disturbo del comportamento alimentare. L'iter terapeutico prevede un ordine di procedure la cui invasività progressivamente maggiore, si correla inversamente al rischio chirurgico; il passaggio alla fase successiva, solo se necessario per correggere gli insuccessi, evita gli "over treatments".

Management and treatment of major complication in bariatric surgery: technical laparoscopic solutions.

Francesco Furbetta, Simona Gennai, Francesca Gragnani, Francesco Guidi, Beatrice Lo Iacono, Carla Masetti
 Casa di Cura "Leonardo", Vinci, Empoli (FI)

Background: re-do surgery is addressed to complications and/or failures. revisional bariatric surgery, due to failures, is predictable in all bariatric procedures. There is no strategical agreement regarding the best approaches and solutions. In our opinion revisional surgery is a less-invasive procedure, rather as a foreseen event in a rational, sequential, surgical treatment for morbid obesity. The movie shows technical laparoscopic details and solutions.

Titolo

Responsabile della redazione

Data compilazione

S. Bracci

10/06/2010

Materials and methods: October '95 November '07, 1866 laparoscopic bariatric procedures without conversion to open surgery or intra-operative complications : 1648 Lap-band, 97 Functional Gastric Bypass (FGB-personal technique), 190 Re-do procedures. 1005 Bionterics Intra gastric Balloon (BIB).

Among the 190 re-do operations: 53 Re-banding, 40 De-banding, 11 -GBP after -VBG, 5 Lap-band after VBG, 3 Lap-band after -BPD, 2 reconversions after BPD, 3 Two-step reconversions and Gastric banding after Jejuno-jejunal bypass (j-j bypass), 4 reconversions after j-j bypass, 69 FGB as second step after Lap-band failure.

Results and Conclusions: failures, due to lack of compliance, requires challenging solutions and techniques, mainly changing the course of action of the original operation. A well-organized surgical team and a rational strategy can help to lower that incidence. We performed all our procedures laparoscopically without complications nor conversion to open surgery; a rational strategy can transform failure into the best starting point for the selection of less compliant patients and facilitate the sequential steps in the treatment of obesity.

Results of revisional operations are not as good as for primary operations, while results for sequential treatment are excellent.

Chirurgia plastica ricostruttiva post chirurgia bariatrica: indicazioni e tecniche.

Dr. Stefano Marianelli

Introduzione

Il termine globesity è oggi utilizzato per esprimere l'incremento esponenziale e la globale diffusione dell'obesità. Nei paesi industrializzati il 33% degli adulti è obeso (Indice di Massa Corporea-BMI ≥ 30) e il 4-8% obeso grave (BMI $>35-40$); 1 bambino su 4 ha problemi di eccesso di peso e il 75% degli adolescenti obesi saranno adulti obesi. L'obesità si definisce come una malattia cronica che se non trattata determina una riduzione della aspettanza e qualità di vita e la comparsa di malattie correlate (metaboliche-diabete, cardiocircolatorie, respiratorie, osteo-articolari, cutanee). La primitiva alterazione del comportamento alimentare, generata in un contesto eredo-familiare e supportata dal moderno stile di vita, determina l'insorgenza dell'obesità la cui oggettiva percezione e risoluzione si confronta con un mondo moderno dominato da un ideale stereotipato dell'immagine corporea. Un team multidisciplinare permette di selezionare e seguire il percorso terapeutico dei pazienti obesi che vede nel trattamento chirurgico l'unica arma efficace in caso di obesità grave e per il trattamento ricostruttivo dopo grande dimagrimento.

Materiali e metodi

Un'organizzazione per il trattamento dell'obesità prevede risorse strutturali, strumentali e umane che permettano un adeguato percorso terapeutico e un corretto utilizzo delle risorse economiche. Le risorse strutturali devono garantire accessi semplificati a pazienti con limitazioni fisiche e psicologiche; le potenzialità strumentali permettere la diagnostica, terapia e degenza condizionate dalla mole dei pazienti; le diverse figure professionali concorrere a un riproducibile ed efficace iter terapeutico che tenga conto delle priorità di cura ed economiche. Nella nostra struttura un call center e personale dedicato risponde alle richieste dei pazienti e fornisce indicazioni per un primo incontro con il team multidisciplinare. Durante la prima visita viene posta una diagnosi del tipo e grado dell'obesità e tracciato un percorso terapeutico flessibile e generalmente sequenziale. L'obesità essenziale sistemica viene affrontata dall'équipe con uno schema di rieducazione alimentare e riduzione del peso corporeo che rappresentano un imprescindibile elemento di preparazione, garante del miglior risultato possibile nei casi indirizzati alla chirurgia. La strategia chirurgica prevede un trattamento sequenziale rappresentato dal palloncino intragastrico, bendaggio gastrico e bypass funzionale. La progressiva maggiore efficacia ed invasività delle procedure fa sì che ogni step risolva la patologia o risulti propedeutica alla successiva selezionando i pazienti e facilitandone l'esecuzione per la perdita di peso comunque ottenuta. Questa strategia riduce i rischi, gli insuccessi ed evita gli over-treatments. I pazienti hanno un follow-up praticamente a vita. In questa fase i pazienti con risultato raggiunto (bmi < 35 ; %EWL ≥ 50 %) e stabile al controllo clinico e psicologico possono essere indirizzati alla chirurgia ricostruttiva che corregge ed evita le conseguenze patologiche fisiche e psicologiche dei grandi eccessi cutanei.

CASISTICA:

In Chirurgia Bariatrica dal Marzo 2003 al Marzo 2009 sono stati posizionati 870 BIB, sono stati eseguiti 1847 Lap Band, 125 bypass funzionali e 270 reinterventi. In Chirurgia Plastica Ricostruttiva dal Gennaio 2004 al Marzo 2009 sono stati eseguiti 346 interventi di cui 173 addominoplastiche, 86 lifting cosce, 52 lifting braccia e 35 torsoplastiche.

CONCLUSIONI:

Titolo

Responsabile della redazione

Data compilazione

S. Bracci

10/06/2010

Nella nostra struttura è stato individuato un percorso individuale terapeutico finalizzato al risultato nel rispetto delle risorse economiche. La presenza di risorse strumentali e umane riunite in un team di lavoro, consente di rispettare il timing di procedure chirurgiche particolarmente complesse per le implicazioni fisiche e psichiche che caratterizzano i pazienti obesi.

Chirurgia metabolica: le variabili importanti per l'internista.

Dr. Luca Busetto

Numerosi studi clinici hanno dimostrato i benefici della terapia chirurgica sul diabete. Neli primi 2 anni dello studio Swedish Obese Subjects (SOS), il 72% dei pazienti diabetici chirurgicamente trattati hanno avuto una completa risoluzione del diabete, rispetto al 21% dei diabetici del gruppo di controllo. Nel lungo periodo, i benefici tendono a ridursi, ma in ogni caso la percentuale di pazienti diabetici ancora in risoluzione dopo 10 anni rimane superiore nel gruppo chirurgico che nel gruppo di controllo. Questi risultati sono stati confermati da un piccolo trial randomizzato controllato di confronto tra bendaggio gastrico regolabile e terapia medica in 60 pazienti con BMI 30-40 kg/m² e diabete di recente insorgenza, in cui la remissione del diabete veniva ottenuta nel 73% dei pazienti trattati chirurgicamente e solo nel 13% dei pazienti in terapia convenzionale. La nota meta-analisi di Buchwald ha dimostrato sostanziali differenze di efficacia a breve termine tra le diverse procedure nell'indurre remissione del diabete. Queste differenze sono sicuramente in parte spiegate dal diverso grado di calo ponderale ottenuto, ma possono essere legate anche all'esistenza di meccanismi metabolici indipendenti dal calo ponderale. Questa ipotesi è sostenuta da almeno tre osservazioni: 1) il controllo glicemico si instaura in brevissimo tempo dopo by-pass gastrico; 2) il controllo glicemico migliora maggiormente dopo bypass gastrico che dopo bendaggio gastrico anche a parità di peso perduto; 3) casi di ipoglicemia da ipersecrezione insulinica sono stati osservati dopo bypass gastrico, ma non dopo bendaggio gastrico. Queste differenze tendono comunque a ridursi nel tempo e l'effetto a lungo termine delle varie procedure sembra sostanzialmente legato al grado di calo ponderale.

Vi sono quindi evidenze che dimostrano l'efficacia dei vari interventi nell'indurre remissione del diabete tipo 2. Tuttavia, ancora pochi sono i diabetologi che avviano i loro pazienti a questa opzione terapeutica. Un possibile ostacolo potrebbe risiedere nel concetto stesso di remissione del diabete, cui i diabetologi non hanno abitudine a riferirsi, utilizzando viceversa il concetto di compenso metabolico. In termini pratici, può non essere cioè chiaro al diabetologo se sia meglio per il suo paziente rimanere in compenso metabolico utilizzando una combinazione di farmaci per alcuni anni, o se sia viceversa meglio andare in remissione senza più necessità di farmaci, ma affrontando i rischi a breve e lungo termine della chirurgia. La risposta più corretta a questa domanda necessita di conoscere il numero di complicanze macro- e micro-vascolari che risultano da ognuno di questi due atteggiamenti terapeutici. Tuttavia, mancano al momento dati a lungo termine su questo punto.

Gli studi di chirurgia bariatrica sono normalmente focalizzati sulla remissione del diabete o sul controllo glicemico. I classici dati dello studio UKPDS hanno dimostrato che l'incidenza di complicanze macro- e micro-vascolari del diabete dipende dal grado di controllo glicemico. Tuttavia, la relazione tra eventi macro-vascolari e controllo metabolico non è strettissima. Viceversa, una notevole riduzione degli eventi cardio-vascolari può essere ottenuta nel paziente diabetico se l'attenzione non viene posta solo sul controllo glicemico, ma si allarga anche al controllo degli altri fattori di rischio cardio-vascolare (ipertensione, dislipidemia, microalbuminuria, uso di aspirina). La riduzione del rischio cardio-vascolare totale è raramente apprezzabile negli studi di chirurgia bariatrica. Infine va ricordato che il controllo glicemico intensivo non è privo di rischi ed è stato associato ad un aumento di mortalità per ipoglicemia in alcuni studi. L'ipoglicemia è raramente un problema dopo bypass gastrico, ma il messaggio che viene da questi studi è comunque rilevante: oltre certi limiti, il beneficio cardio-vascolare ottenibile da un controllo metabolico più stretto è così piccolo da essere facilmente superato da eventi avversi indesiderati. Questo messaggio va tenuto presente anche quando si proponga la chirurgia bariatrica, ed in particolare interventi di una certa invasività, a pazienti con diabete tipo 2 in controllo metabolico discreto, ma a rischio chirurgico elevato.

In conclusione, la terapia chirurgica è stata pienamente accettata come una opzione praticabile nel trattamento del paziente obeso diabetico. La disponibilità dei diabetologi ad inviare i loro pazienti a questa opzione terapeutica può essere aumentata da un più organico inserimento della chirurgia nel trattamento del diabete e da una maggiore disponibilità di dati a lungo termine sulla prevenzione degli eventi macro- e micro-vascolari.

Titolo

Responsabile della redazione

Data compilazione

S. Bracci

10/06/2010

Prevenire e trattare le complicanze nutrizionali in chirurgia bariatrica

Dr. Luca Busetto

Il paziente sottoposto a chirurgia bariatrica è a rischio di carenze nutrizionali che possono dipendere da diversi fattori: la riduzione in senso quantitativo dell'introito alimentare si accompagna ad una riduzione di tutti i nutrienti; l'alimentazione può risultare non equilibrata dal punto di vista della composizione dei micro- e macronutrienti; alcuni interventi producono un difetto della digestione e quindi un malassorbimento dei nutrienti. A questi pazienti è opportuno fornire un supplemento a base di vitamine e minerali per prevenire lo sviluppo di disturbi carenziali. Uno studio recente ha dimostrato che un multivitaminico standard non è sufficiente a prevenire le carenze nutrizionali dopo bypass gastrico. Il 60% dei pazienti richiede una ulteriore integrazione di micronutrienti a 6 mesi e quasi tutti i pazienti la richiedono dopo 2 anni. Secondo questo studio l'integrazione più frequentemente richiesta è quella di vitamina B12, necessaria nell'80% dei soggetti, mentre una supplementazione di ferro, calcio e vitamina D3 è necessaria nel 60% dei soggetti e quella di acido folico nel 45%. La supplementazione di vitamina B1 e B6, di zinco e di magnesio è richiesta con minor frequenza.

La **vitamina B12** è una vitamina che si trova negli alimenti di origine animale e viene assorbita a livello dell'ileo terminale in presenza di Fattore Intrinseco secreto dallo stomaco, con il quale forma un complesso che attraversa l'epitelio intestinale. Una carenza di vitamina B12 causa anemia macrocitica, leucopenia, glossite e neuropatie. Nonostante l'organismo possieda una buona scorta di vitamina B12, nei soggetti sottoposti a intervento di chirurgia bariatrica si può verificare una ridotta secrezione di Fattore Intrinseco, con conseguente difetto di assorbimento della vitamina. Nei soggetti operati può inoltre verificarsi una scarsa propensione a introdurre carne, che contribuisce a instaurare un deficit della vitamina.

La carenza di **ferro** dopo chirurgia bariatrica può essere dovuta ad una diminuita capacità del tratto gastrointestinale di ridurre il ferro. Il ferro infatti viene introdotto con gli alimenti in forma di ferro ferroso (Fe³⁺) e viene ridotto a ferro ferrico (Fe²⁺) che è la forma più biodisponibile. Questo processo è carente negli interventi che comportano una riduzione della secrezione acida dello stomaco. Gli interventi misti e malassorbitivi, inoltre, riducono i siti di assorbimento intestinali di ferro (duodeno e digiuno prossimale). Come già accennato, può presentarsi anche una ridotta assunzione di alimenti carnei, specialmente in soggetti sottoposti a interventi restrittivi, con un conseguente ridotto apporto di ferro. L'integrazione di ferro associata a quella di vitamina C risulta più efficace nel prevenire le carenze marziali, in quanto favorisce la trasformazione del ferro nella sua forma biodisponibile. La carenza di ferro e la conseguente anemia microcitica si verificano più frequentemente in donne in età fertile che presentano una fisiologica perdita del minerale con i flussi mestruali.

Le carenze di **calcio** e **vitamina D** possono comportare alterazioni del metabolismo e della densità ossea. La carenza di calcio e vitamina D è più frequente in interventi di tipo malassorbitivo, in cui si verifica l'esclusione dal transito alimentare di una quota dei siti di assorbimento dei due nutrienti. Una dieta povera di calcio e l'ipocloridia conseguente alla riduzione della secrezione gastrica o all'utilizzo di inibitori di pompa protonica, possono contribuire a causare una carenza di calcio. Per tale motivo è consigliabile associare alla supplementazione di calcio una supplementazione di citrato.

La carenza di **acido folico** è causa di anemia macrocitica, leucopenia e glossite. Dopo chirurgia bariatrica è poco frequente poiché, se assunto in adeguate quantità, viene assimilato completamente nel piccolo intestino. Tuttavia, essendo una vitamina idrosolubile, non viene immagazzinata nel nostro corpo in quantità significative. Una sua carenza si può verificare a seguito di una riduzione dell'apporto giornaliero e quindi è più frequente in interventi restrittivi.

La carenza di **tiamina**, conosciuta come encefalopatia di Wernicke o beri-beri, è una rara ma possibile complicanza a lungo termine della chirurgia bariatrica. La tiamina è assorbita attraverso il duodeno prossimale e richiede un ambiente acido. Le carenze di tale vitamina sono dovute ad una diminuzione della secrezione di acido gastrico unitamente ad una riduzione dell'apporto giornaliero. Le riserve corporee si esauriscono nel giro di 2-3 settimane. La carenza di tiamina e le sue manifestazioni cliniche sono state osservate nei pazienti con vomito frequente o con rapido calo ponderale (>7 kg/mese).

La carenza di vitamine liposolubili (**vitamina A, E e K**) è stata riportata più frequentemente dopo interventi

malassorbitivi che provocano un difetto di assimilazione dei lipidi e delle sostanze lipofile. Le possibili manifestazioni cliniche includono deficit della visione crepuscolare ed eruzioni cutanee. Alcuni studi riportano la carenza di **magnesio** nel 5% dei soggetti sottoposti a diversione biliopancreatica dopo 2 anni, anche se non viene riportata alcuna complicazione clinica. L'assorbimento di **zinco** è strettamente dipendente dall'assorbimento dei lipidi e di conseguenza una sua carenza è spesso presente nei soggetti sottoposti a interventi malassorbitivi, nonostante siano stati riportati anche casi di carenza dopo interventi restrittivi. Le possibili manifestazioni cliniche includono deficit della funzione epiteliale ed immunitaria, reversibili dopo un'adeguata supplementazione del minerale. Alcuni studi riportano una carenza di **selenio** in pazienti sottoposti a diversione biliopancreatica e bypass gastrico, ma non è mai stata osservata alcuna complicanza clinica.

Oltre alle carenze di micronutrienti, più raramente, e soprattutto in seguito a interventi di tipo malassorbitivo, può verificarsi una carenza di **proteine**. Le proteine sono principalmente assorbite a metà dell'ileo (tratto bypassato nella diversione biliopancreatica). Questa carenza può essere causata, in genere in interventi restrittivi, anche da una ridotta propensione alla carne. Studi riportano una carenza di proteine nello 0-2% dei pazienti sottoposti ad interventi di tipo restrittivo, mentre nei soggetti sottoposti ad interventi di tipo malassorbitivo si arriva fino ad un 13-18%.

Nuove frontiere nell'utilizzo del bendaggio gastrico

Indicazione per BMI 30-35, anziani ed adolescenti

Dr. Luca Busetto

La griglia di indicazioni e controindicazioni alla chirurgia bariatrica è stata per la prima volta codificata nel 1991 da un comitato di esperti riunito sotto l'egida dei National Institutes of Health, essenzialmente sulla base di opinione di esperti ed allora essenzialmente in assenza di evidenze cliniche consolidate. Tali linee guida sono state sostanzialmente riconfermate nei loro principi generali in tutti i documenti successivi, sia a livello internazionale (NIH 1998; NICE 2006; IFSO-EC/EASO/ECOG/ITOF 2007) che nazionale (SICOB 2006). Le indicazioni incluse nelle linee guida del '91 sono le seguenti:

1. BMI > 40 kg/m² (o BMI > 35 kg/m² se in presenza di comorbidità associata);
2. Età compresa tra 18 e 60 anni;
3. Obesità di durata superiore ai 5 anni;
4. Dimostrato fallimento di precedenti tentativi di perdere peso e/o di mantenere la perdita di peso con tecniche non chirurgiche;
5. Piena disponibilità ad un prolungato follow-up postoperatorio.

Sono state pubblicate in letteratura esperienze cliniche riguardanti l'uso della chirurgia bariatrica anche in pazienti con BMI inferiore rispetto a quello considerato soglia di indicazione dalle linee guida correnti. La superiorità della terapia chirurgica rispetto ad un programma di modificazione dello stile di vita nel produrre calo ponderale e miglioramento delle comorbidità è stata dimostrata anche nel paziente con obesità moderata (BMI 30-35 kg/m²) dai risultati di un piccolo trial clinico randomizzato controllato con follow-up di 2 anni. Infine, il riconoscimento dell'importante effetto di controllo metabolico ottenuto dalle procedure bariatriche nel paziente gravemente obeso con diabete tipo 2 ha stimolato l'applicazione di procedure bariatriche convenzionali in pazienti diabetici con più bassi livelli di BMI (BMI 30-35 kg/m² o addirittura BMI 25-30 kg/m²). Non vi sono al momento dati a lungo termine sul rapporto rischio/beneficio della chirurgia bariatrica nel paziente con obesità moderate (son o senza diabete) ed in questo particolare gruppo di pazienti va considerato con maggiore cautela il rischio rappresentato dall'induzione di un livello eccessivo di calo ponderale. Tuttavia, una posizione di maggiore apertura ad una più larga applicazione della chirurgia bariatrica in pazienti diabetici con più bassi livelli di BMI è stata recentemente assunta dall'International Diabetes Federation Taskforce on Epidemiology and Prevention (38). La posizione IDF suggerisce che possono essere considerati eligibili per la chirurgia pazienti diabetici tipo 2 con BMI 30-35 kg/m² in caso di mancato controllo metabolico (emoglobina glicata >7.5) nonostante terapia medica ottimale, in particolare nel caso il peso sia in aumento o altre comorbidità correlate all'obesità non siano controllate dalle terapie convenzionali (per esempio ipertensione, dislipidemia, sindrome delle apnee ostruttive (38).

Le linee guida NIH del 1991 non prevedevano esplicitamente la possibilità di utilizzare la terapia chirurgica nel paziente gravemente obeso di età inferiore ai 18 anni. L'esperienza chirurgica nel paziente di età adolescenziale è stata per lungo tempo limitata e i suoi effetti lungo termine scarsamente indagati. Conseguentemente, le linee guida proposte per

Titolo

Responsabile della redazione

Data compilazione

S. Bracci

10/06/2010

L'utilizzo della terapia bariatrica in età adolescenziale sono state finora improntate a grande prudenza. Le linee guida inter-disciplinari europee IFSO-EC/EASO/ECOG/ITOF 2007 limitavano l'accesso alla chirurgia a pazienti con criteri più stretti di quelli utilizzati nell'adulto. Secondo tali linee guida (4), la chirurgia bariatrica poteva essere presa in considerazione nell'adolescente obeso che soddisfacesse i seguenti criteri:

1. BMI > 40 kg/m² (o >99.5° percentile per età) con almeno una comorbidità;
2. Periodo di almeno 6 mesi di terapia medica adeguata dell'obesità presso centri specializzati;
3. Maturità scheletrica e sviluppo completato;
4. Capacità di partecipare a una completa valutazione medica e psicologica prima e dopo l'intervento;
5. Disponibilità a partecipare ad un programma di trattamento multidisciplinare post-operatorio;
6. Possibilità di accedere ad una struttura dotata di supporto pediatrico specialistico.

Tuttavia, sulla scorta del forte aumento dell'obesità adolescenziale, dell'importante corredo di patologie gravi correlate, ed anche dei cattivi risultati ottenuti dalla terapia conservativa, specie nel lungo termine, la terapia chirurgica è stata negli anni più recenti utilizzata con maggiore frequenza anche in malati di età adolescenziale ed i suoi risultati sottoposti ad attenta e completa revisione. I risultati di un trial clinico randomizzato controllato di confronto tra chirurgia bariatrica (bendaggio gastrico regolabile) ed un programma di modificazione dello stile di vita in un piccolo gruppo di adolescenti di età 14-18 anni e BMI > 35 kg/m² hanno inoltre confermato in un follow-up di 2 anni la superiorità della terapia chirurgica nel produrre calo ponderale e miglioramento delle comorbidità e della qualità di vita. Sulla base di queste nuove acquisizioni, appare oggi ragionevole avvicinare maggiormente le indicazioni alla chirurgia nel paziente adolescente a quelle utilizzate nel paziente adulto. I criteri di selezione recentemente proposti sono i seguenti:

1. BMI > 35 kg/m² in presenza di comorbidità severa (diabete mellito tipo 2, sindrome delle apnee ostruttive moderata o severa (AHI > 15 eventi/h), pseudotumor cerebri, severa steato-epatite).
2. BMI > 40 kg/m² in presenza di altra comorbidità (sindrome delle apnee ostruttive lieve (AHI > 5 eventi/h), ipertensione, insulino-resistenza, ridotta tolleranza glucidica, dislipidemia, ridotta qualità di vita, difficoltà nelle attività della vita quotidiana, eccetera).
3. Stadio di Tanner IV o V (a meno che la grave comorbidità non suggerisca un intervento più precoce).
4. Maturità scheletrica completata al meno al 95% della crescita stimata.
5. Dimostrata capacità di comprendere quali modificazioni della dieta e dell'attività fisica saranno necessarie per un ottimale esito postoperatorio.
6. Presenza di adeguata maturità di giudizio, con comprensione appropriata dei benefici e dei rischi potenziali della chirurgia.
7. Presenza di un adeguato supporto sociale senza evidenze di abuso o abbandono.
8. Adeguata terapia della eventuale comorbidità psichiatrica (depressione, ansia o disturbo da alimentazione incontrollata).
9. Dimostrazione che la famiglia ed il paziente hanno la capacità e la motivazione ad aderire alle prescrizioni pre- e post-operatorie, incluso l'uso continuativo di supplementi di micronutrienti. La dimostrazione può essere basata su una storia di regolare presenza alle visite durante un periodo di terapia medica per il controllo del peso e/o sulla aderenza alle altre prescrizioni mediche.

Gli interventi per i quali vi sono dati sufficienti a raccomandarne l'uso nell'adolescente sono il bypass gastrico e il bendaggio gastrico. Esperienze con l'uso di procedure prevalentemente malassorbitive in pazienti adolescenti hanno evidenziato maggiori rischi di malnutrizione e quindi l'uso di tali procedure (diversione biliopancreatica e duodenal switch) nell'adolescente non può essere raccomandato.

Le linee guida NIH del 1991 non prevedevano esplicitamente la possibilità di utilizzare la terapia chirurgica nel paziente gravemente obeso di età superiore ai 60 anni. Tuttavia, anche nel caso del paziente anziano, l'esplosione epidemica del problema dell'obesità grave e i suoi effetti soprattutto in termini di disabilità hanno, negli ultimi anni, indotto un crescente interesse sulla possibilità di utilizzo di tecniche chirurgiche anche in questa fascia di età. Sono presenti in letteratura alcune casistiche di pazienti obesi anziani sottoposti a chirurgia bariatrica, con risultati sostanzialmente buoni. In linea generale si tratta di studi su pazienti di età tra i 60 e i 70 anni in buono stato clinico e funzionale. Tutti gli studi sottolineano l'attenzione alla maggior percentuale di complicanze postoperatorie e al minor calo di peso rispetto ai

Titolo

Responsabile della redazione

Data compilazione

S. Bracci

10/06/2010

pazienti più giovani, evidenziando comunque vantaggi per quanto riguarda il miglioramento o la guarigione di alcune comorbidità e il miglioramento dell'autonomia funzionale e della qualità di vita. In sostanza, l'eventuale indicazione alla chirurgia bariatrica può essere considerata anche nel paziente con età superiore a 60 anni, con indicazioni sovrapponibili a quelle utilizzate nel paziente adulto, ma previa una attenta valutazione, nel singolo paziente, dei rischi e benefici e del potenziale miglioramento della qualità della vita e del rischio di mortalità nel breve-medio termine. Nel paziente anziano l'obiettivo primario è quello del miglioramento della qualità di vita e della autonomia funzionale.

Titolo

Responsabile della redazione

Data compilazione

S. Bracci

10/06/2010

FRANCESCO FURBETTA

Responsabile della chirurgia generale, laparoscopica e dell'endoscopia digestiva presso la Casa di Cura Chirurgica Leonardo (Sovigliana Vinci, Firenze), accreditata secondo il SSN, dal 2003

Chirurgo responsabile della chirurgia laparoscopica, generale, bariatrica e dell'endoscopia digestiva. Casistica specifica in chirurgia bariatrica al luglio '07: 1560 interventi di bendaggio gastrico laparoscopico 92 bypass gastrici funzionali laparoscopici (tecnica personale) 175 interventi laparoscopici di revisione per insuccesso o complicanze di tutti i diversi tipi di procedure chirurgiche eseguite in chirurgia bariatrica tradizionale o laparoscopica 1075 posizionamenti di palloncini intragastrici. Esperienza trentennale in endoscopia digestiva diagnostica ed operativa

Laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Pisa

Specializzato in Chirurgia Generale presso l'Università di Pisa

Specializzato in Chirurgia dell'Apparato Digerente ed Endoscopia Digestiva presso l'Università di Genova

Dal 1990 al 2003 è stato responsabile di un Modulo Ospedaliero in Endoscopia, presso l'Ospedale Provinciale di Pescia

Dal 1997 al 2003 è stato Responsabile della Sezione Aggregata di Chirurgia e Tecniche Mini-invasive, presso l'Ospedale Provinciale di Pescia

Nella sessione relativa all'anno 1986, ha ottenuto l'idoneità a Primario nella disciplina di Chirurgia Generale

Nel 1999 e 2000 è stato docente nel Corso Universitario di Perfezionamento in Chirurgia Laparoscopica dell'Università di Bari, sull'intervento chirurgico di Bendaggio Gastrico Regolabile al Silicone (Lap-Band)

Nel 2000 è stato docente del I Corso di Perfezionamento in Chirurgia Bariatrica, organizzato dalla Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità (SICOB)

Dal 2002 è docente alla Scuola Speciale A.C.O.I. (Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani) di Chirurgia dell' Obesità

Dal 1996 istruisce corsi di formazione per operatori che usano Lap-Band, dapprima presso l'Ospedale Provinciale di Pescia e poi presso la Casa di Cura Leonardo, Sovigliana Vinci (Firenze)

Ha ideato un nuovo intervento chirurgico, nell'ambito della chirurgia dell'obesità, indicato come By-pass Gastrico Funzionale (Functional Gastric By-pass, FGB) che esegue dal gennaio 2001

F. Furbetta and G. Gambinotti. Functional gastric bypass with an adjustable gastric band. *Obes Surg.*, 12:,876-80, 2002.

E' stato organizzatore di due meeting invernali della Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità (SICOB)

E' membro della Società Italiana di Chirurgia (SIC), della European Association for Endoscopic Surgery (EAES) e dell'International Federation for Surgery of Obesity (IFSO)

E' membro della Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità (SICOB), di cui è stato Consigliere dal 2001 al 2006

E' autore di oltre 50 lavori scientifici in extenso, ha partecipato a oltre 120 Congressi nazionali ed internazionali come relatore o chirurgo operatore in diretta.

PAUL EDMOND O'BRIEN

DATE AND PLACE OF BIRTH

5th December, 1943. Melbourne.

UNIVERSITY & MEDICAL SCHOOL

Monash University, Melbourne

Prince Henry's Hospital Clinical School, Melbourne

DEGREES & DIPLOMAS:

MBBS (Hons) 1967

FRACS 1972

MD (Monash) 1979

CURRENT APPOINTMENTS:

Emeritus Director, Centre for Obesity Research & Education, Monash University

Emeritus Professor of Surgery, Monash University

Head – The Centre for Bariatric Surgery, Melbourne

National Medical Director – American Institute of Gastric Banding, Dallas, TX, USA

Titolo

Responsabile della redazione

Data compilazione

S. Bracci

10/06/2010

PREVIOUS EXPERIENCE:

Date Position Hospital Jan 1968 - Intern Prince Henry's Hospital, Melbourne Jan 1969
 Jan 1969 Demonstrator in Anatomy Monash University Jan 1970
 Feb 1970 Surgical Registrar Prince Henry's Hospital Jun 1971
 June 1971 Research Fellow in Surgery Harvard Medical School, June 1972 Boston, U.S.A.
 June 1972 Surgical Registrar Prince Henry's Hospital Feb 1974
 Feb 1974 Lecturer in Surgery University of Edinburgh, Oct 1974 Scotland, United Kingdom
 Nov 1974 Research Fellow in Surgery Harvard Medical School Jan 1976
 Jan 1976 Senior Surgical Registrar District General Hospital, Feb 1977 Eastbourne, England
 Mar 1977 Staff Specialist in Surgery Flinders Medical Centre, Adelaide Apr 1978
 Apr 1978 Senior Staff Specialist in Surgery Flinders Medical Centre, Adelaide
 Feb 1983 Senior Lecturer in Surgery Flinders University of S.A.
 Feb 1983 Director of Gastrointestinal Surgery Flinders Medical Centre May 1986
 Feb 1983 Associate Professor of Surgery Flinders University of S.A. May 1986
 May 1986 - Professor of Surgery Monash University
 Apr 2004 Chairman, Monash Department of Surgery Alfred Hospital
 Mar 1994 - Head, Department of General Surgery Alfred Hospital

BOARD CERTIFICATION

Royal Australasian College of Surgeons
 Medical Board of Victoria

MEMBERSHIPS AND ASSOCIATIONS ROYAL AUSTRALASIAN COLLEGE OF SURGEONS

- Member, Board of Examiners 1986-1989
- Member, Regional Board in General Surgery 1983-1986
- Member, Division of General Surgery
- Member, Section of Upper G.I. Surgery
- Member, Section of Colorectal Surgery
- Chairman, Section of General Surgery, 1989
- Member, Court of Examiners 1991 - 1997
- Member, Research Advisory Committee 1993 - 1996

THERAPEUTIC GOODS ADMINISTRATION

Commonwealth of Australia, Department of Health and Ageing
 - Chairman, Medical Device Evaluation Committee. 2003 - 2009

NATIONAL HEALTH & MEDICAL RESEARCH COUNCIL

- Chairman, Quality of Care and Health Outcomes Committee 1996 - 1998
- Member, Health Advisory Committee 1996 - 2001
- Member, Grants Review Panel, 2008

AUSTRALIAN MEDICAL COUNCIL

- Member, Examinations Committee
- Senior Examiner in Surgery

OBESITY SURGERY SOCIETY OF AUSTRALIA AND NEW ZEALAND

- President. 1998 – 2004
- Immediate Past President 2005 - 2006

OBESITY SURGERY

Co- Editor-in-Chief, 2004 - 2009

EDITORIAL BOARD MEMBER

Titolo

Responsabile della redazione

Data compilazione

S. Bracci

10/06/2010

Digestive Surgery
Surgery of Obesity and Related Disorders
Other Associations
American Gastroenterological Association
Australasian Society for the Study of Obesity
Australian & New Zealand Journal of Surgery
International Society of Surgery
The Australian Society for Medical Research
The Surgical Research Society of Australia

PUBLICATIONS

1. O'Brien PE and Silen W. 242

FRANCESCA GRAGNANI

Nata a Livorno il 25/02/1967.

STUDI

Diploma di Maturità presso il Liceo Classico Quinto Ennio di Taranto nel 1985.
Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia presso la facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Pisa il 18/07/1994.
Abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo nella sessione autunnale del 1994
Diploma di Specializzazione in Chirurgia Toracica presso il Dipartimento di Chirurgia dell'Università di Pisa nell'ottobre del 2000

ATTIVITA' PROFESSIONALE

1995: ha prestato servizio in qualità di medico di primo soccorso presso la Pubblica Assistenza di S. Croce sull'Arno.
Dal Gennaio 1994, dapprima quale "Medico Interno", quindi come Specializzando, da ultimo come Specialista ha frequentato la Sezione di Chirurgia Toracica, sino all'Ottobre 2000, del Dipartimento di Chirurgia, successivamente afferente al Dipartimento Cardio-Toracico dell'Università di Pisa; in quest'ambito dal Gennaio al Marzo 1999 ha frequentato il reparto di Cardiocirurgia.
Dall'Aprile 2000 al Maggio 2001 ha frequentato la Sezione di Endoscopia e Laparoscopia dell'Ospedale di Piombino partecipando all'attività endoscopica (esofago-gastro-duodenoscopia e colonscopia diagnostiche ed operative) e chirurgica. In questa sede ha partecipato al programma di screening per il carcinoma colo-rettale ed al progetto Pitagora (monitoraggio delle procedure di sedazione in endoscopia digestiva).
Dal Febbraio al Maggio 2001 ha svolto un incarico di Guardia Medica presso la Casa di Cura S. Zita a Lucca.
Dal Giugno 2001 all'Agosto 2002 ha lavorato con incarico libero-professionale presso la Sezione di Endoscopia e Videolaparoscopia dell'Ospedale di Piombino svolgendo l'attività di endoscopista, il programma di screening per il ca. colo-rettale, l'attività chirurgica sotto la supervisione del Dr. Pasquale Marino. Durante lo stesso periodo ha collaborato come sperimentatore allo studio clinico di farmacoeconomia CI-One 0001
Dal Settembre 2002 al 31 gennaio 2004 ha collaborato come agente con la Ditta Invernizzi, azienda commerciale nel settore delle apparecchiature elettromedicali; in tale periodo ha frequentato corsi di formazione acquisendo conoscenze e competenze tecniche sulle apparecchiature e lo strumentario di tutte le discipline chirurgiche.
Dal Marzo 2004 svolge attività come Chirurgo presso la Casa di Cura "Leonardo" di Sovigliana-Vinci (FI), collaborando con il Dott. Francesco Furbetta e con gli Specialisti afferenti alla Struttura di altre discipline Chirurgiche (chirurgia generale e bariatrica, chirurgia estetica e plastica-ricostruttiva, urologia, ortopedia, ginecologia)

ATTIVITA' SCIENTIFICA

L'attività scientifica si è concretizzata nella partecipazione a progetti di ricerca dell'Università di Pisa, protocolli di studio, in qualità di "sperimentatore", nella partecipazione a Congressi Nazionali ed Internazionali e alla stesura di pubblicazioni scientifiche

Titolo

Responsabile della redazione

Data compilazione

S. Bracci

10/06/2010

STEFANO MARIANELLI

Settore professionale

Responsabile Unità Funzionale di Chirurgia Plastica ed Ricostruttiva della Casa di Cura Chirurgica Leonardo, per un totale di 10 posti letto di degenza a ciclo continuativo diurno per acuti, dal 2008 (Autorizzazione Sanitaria n. Reg. 05 rilasciata dal Comune di Vinci in data 28/03/2008);

Responsabile Unità Funzionale di Chirurgia Estetica – Attestazione Ordine dei Medici prot.2772/95 sulla base dell'art. 11 comma 3 cpv 2° della L.R. 26/03/1992 n. 12.

Esperienza professionale

1995- oggi Chirurgo Plastico Responsabile Servizio di Chirurgia Plastica Estetica Casa di Cura Chirurgica Leonardo Viale Grocco, 136 – 50053 Sovigliana Vinci Chirurgia Plastica ed estetica

Istruzione e formazione

31/10/1986 Laurea in Medicina e Chirurgia 110/e lode

Tesi In Chirurgia Plastica Ricostruttiva “ La ricostruzione del seno dopo mastectomia” Università di Siena

1986 Abilitazione all'esercizio professionale con il massimo dei voti (110) Università degli Studi di Siena

1987-88 Esercito italiano (Ufficiale Medico dell'Esercito italiano)

Per l'attività in Chirurgia Plastica svolta negli anni ha ottenuto da parte dell'Ordine dei Medici l'abilitazione a responsabile di Ambulatorio di Chirurgia Plastica ed Estetica di II livello, secondo la delibera della Giunta Regionale n. 11045 del 06/12/1993

Autorizzazione all'utilizzo della denominazione di “Chirurgia Plastica, Ricostruttiva ed Estetica ai sensi e per gli effetti dell'art. 1 comma 4 della legge 5/2/1992 n. 175.

1991 Specializzazione in Chirurgia generale , d'urgenza e pronto soccorso e corso biennale di Chirurgia Plastica Ricostruttiva con il massimo dei voti 110 Tesi di specializzazione: Indicazioni e limiti del lembo miocutaneo del retto addominale nella ricostruzione del seno dopo la Mastectomia.

1998-1999

Corso di perfezionamento in chirurgia plastica ricostruttiva delle adiposità diffuse e localizzate Cattedra di Chirurgia Plastica Dell'Unversità degli studi di Siena

2004/2005 Master Universitario di II livello in Chirurgia Plastica Estetica Università degli Studi di Padova Facoltà di Medicina e Chirurgia Dipartimento Specialità Medico-Chirurgiche. Cattedra di Chirurgia Plastica e Ricostruttiva Direttore: Prof. Francesco Mazzoleni

Pubblicazioni: 32 pubblicazioni scientifiche

BUSETTO LUCA

Cognome / Nome	BUSETTO LUCA		
Qualifica Possibili qualifiche: 1. Docente con titolo ufficiale 2. Esperto professionale	DOCENTE CON TITOLO UFFICIALE		
Istruzione e formazione Indicare i titoli posseduti	<i>Data di conseguimento</i>	<i>Titolo della qualifica rilasciata</i>	<i>Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione</i>
Laurea specialistica	24.3.1987	Medicina e Chirurgia	Università degli Studi di Padova

Titolo

Responsabile della redazione

Data compilazione

S. Bracci

10/06/2010

Specializzazioni	24.11.1995	Geriatria	Università degli Studi di Padova
Dottorato di ricerca	27.9.1994	Gerontologia Sperimentale e Clinica	Università degli Studi di Padova
Esperienza professionale <i>Iniziare con le informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun impiego ricoperto solo se pertinente ai contenuti del corso specifico</i>			
Date	Dal 22.9.98 a oggi		
Lavoro o posizione ricoperti	Ricercatore Universitario presso l'Università degli Studi di Padova, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Cattedra di Geriatria. Attività assistenziale presso la Clinica Medica 1, Unità Bariatrica dell'Azienda Ospedaliera di Padova.		
Attività scientifiche e didattiche <i>Iniziare con le informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun impiego ricoperto solo se pertinente ai contenuti del corso specifico</i>	Docente presso la Scuola di Specializzazione in Geriatria e presso il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Padova. Relatore invitato in numerosi Congressi Internazionali e Nazionale sull'Obesità e le patologie correlate. Membro della Commissione Didattica della Società Italiana dell'Obesità (SIO) e del Consiglio Direttivo della Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità (SICOB)		
Pubblicazioni scientifiche <i>Iniziare con le informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun impiego ricoperto solo se pertinente ai contenuti del corso specifico</i>	Autore di circa 130 pubblicazioni scientifiche in riviste nazionali ed internazionali. Pubblicazioni di maggior rilievo in: Obesity Research, International Journal of Obesity, Obesity Surgery, Surgery for Obesity and Related Diseases, New England Journal of Medicine, Annals of Internal Medicine, Chest, Journal of Pathology, Hormone and Metabolic Research, Journal of Nutrition, Nutrition Metabolism and Cardiovascular Diseases, Clinical Nutrition, Annals of Nutrition and Metabolism, Health and Aging, Annals of Clinical and Laboratory Science.		

BEATRICE LO IACONO
Occupazione desiderata/ Settore professionale

 Psichiatra,
Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale

Esperienza professionale

Date

Dal 2003

Lavoro o posizione ricoperti

Consulente psichiatra e psicoterapeuta cognitivo-comportamentale presso Centro per la Grande Obesità

Titolo

Responsabile della redazione

Data compilazione

S. Bracci

10/06/2010

Principali attività e responsabilità	- Psicoterapia cognitivo-comportamentale pre e post Chirurgia Bariatrica - Gruppi psicoeducativi per la preparazione alla chirurgia bariatrica (attività svolta in collaborazione con dietista)- Controlli post-chirurgia bariatrica (attività svolta in equipe multidisciplinare) - Psicofarmacologia e Psicoterapia cognitivo-comportamentale per i Disturbi della Condotta Alimentare e del Peso, Disturbi d'Ansia e dell'Umore
Nome e indirizzo del datore di lavoro	Casa di Cura Leonardo, Viale P. Grocco, 100 Sovigliana -Vinci (FI) Tel. 05 71 90 23 22 - Fax 05 71 50 92 42 e-mail: info@casadicuraleleonardo.com
Tipo di attività o settore	Casa di Cura Chirurgica - Centro per la Grande Obesità
Date	Dal 2003
Lavoro o posizione ricoperti	psichiatra e psicoterapeuta
Principali attività e responsabilità	attività specialistica libero-professionale
Nome e indirizzo del datore di lavoro	Vari ambulatori specialistici e poliambulatori
Date	Dal 2000 al 2003
Lavoro o posizione ricoperti	Consulente, in qualità di specializzanda in Psichiatria, presso il Centro Multidisciplinare di Riferimento Regionale per la Terapia Chirurgica dell'Obesità Grave
Principali attività e responsabilità	- Valutazione psichiatrica e della condotta alimentare pre e post Chirurgia Bariatrica - Trattamento dei Disturbi della Condotta Alimentare e altre patologie psichiatriche
Nome e indirizzo del datore di lavoro	Centro Multidisciplinare di Riferimento Regionale per la Terapia Chirurgica dell'Obesità Grave Policlinico di Careggi, Firenze
Date	Dal 2004 al marzo 2009
Lavoro o posizione ricoperti	Consulente Psichiatra presso la Struttura Residenziale Psichiatrica (S.R.P.) "Bon-Sai"
Principali attività e responsabilità	- Trattamento psichiatrico e psicoterapeutico - Referente Accreditamento della S.R.P.
Nome e indirizzo del datore di lavoro	S.R.P. "Bon-Sai", Via di Soffiano 53/B, Firenze Tel e fax. 055 70 15 81
Tipo di attività o settore	Struttura Residenziale Psichiatrica dell'Azienda Sanitaria di Firenze
Date	Dal 2004 all'aprile 2008
Lavoro o posizione ricoperti	Consulente Psichiatra presso la Struttura Residenziale Psichiatrica (S.R.P.) "Le Querce
Principali attività e responsabilità	- Trattamento psichiatrico e psicoterapeutico - Referente Accreditamento della S.R.P.
Nome e indirizzo del datore di lavoro	S.R.P. "Le Querce", Via di Ugnano 11, Firenze Tel e fax. 055 75 49 07
Tipo di attività o settore	Residenza Psichiatrica dell'Azienda Sanitaria di Firenze, unica Struttura Residenziale Psichiatrica Italiana per pazienti psichiatrici autori di reato

Titolo

Responsabile della redazione

Data compilazione

S. Bracci

10/06/2010

Date	Dal 2005 al 2006
Lavoro o posizione ricoperti	Consulente Specialista Psichiatra presso la Casa Circondariale "Sollicciano" Firenze
Principali attività e responsabilità	Trattamento psichiatrico e psicoterapeutico
Nome e indirizzo del datore di lavoro	Ministero della Giustizia - Casa Circondariale "Sollicciano" Firenze
Tipo di attività o settore	Istituto Penitenziario
Istruzione e formazione	
Date	Dal 2001 al 2004
Titolo della qualifica rilasciata	Training in Psicoterapia Cognitiva e Cognitivo Comportamentale per psicoterapeuti
Principali tematiche/competenze professionali possedute	<ul style="list-style-type: none"> · Le organizzazioni cognitive (fobie e disturbi del gruppo ansioso, disturbo ossessivo compulsivo, disturbi del comportamento alimentare, disturbi dell'umore). · Accertamento diagnostico e testistico. · Accertamento clinico e cognitivo e strategie di intervento per: <ul style="list-style-type: none"> - disturbo da Attacchi di Panico - disturbo Ossessivo-Compulsivo - disturbi d'ansia (disturbo da Attacchi di Panico, Agorafobia, Fobia Sociale, Ansia generalizzata) - disturbi di Personalità - disturbi del Comportamento Alimentare · Le teorie delle emozioni · La motivazione a cambiare. · Le difese della mente.
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione	Studi Cognitivi Foro Buonaparte, 57 – 20121 Milano Tel. 02 41 50 998 - Fax 02 36 55 46 65
Date	Dal 1999 al 2003
Titolo della qualifica rilasciata	Diploma di Specializzazione in Psichiatria
Principali tematiche/competenze professionali possedute	<ul style="list-style-type: none"> - clinica e trattamento dei Disturbi Psichiatrici - psicofarmacologia - attività di ricerca sull'epidemiologia psichiatrica di comunità, sui Disturbi d'Ansia e dell'Umore - attività di ricerca sui Disturbi del Comportamento Alimentare e Obesità
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione	Università degli Studi di Firenze
Date	2001 Maastricht (NL) - 2002 Canterbury (UK)
Titolo della qualifica rilasciata	European Certificate in Anxiety and Mood Disorders
Principali tematiche/competenze professionali possedute	Clinica e Trattamento dei Disturbi d'Ansia e Dell'Umore

Titolo

Responsabile della redazione

Data compilazione

S. Bracci

10/06/2010

Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione	Programma congiunto delle Università di Maastricht e Firenze, dell'Unità di Psicofarmacologia dell'Università di Bristol e della "Sackler School of Medicine" di Tel Aviv
Date	Dal 1989 al 1999
Titolo della qualifica rilasciata	Laurea in Medicina e Chirurgia
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione	Università degli Studi di Firenze
Capacità e competenze sociali	Buono spirito di gruppo e capacità di comunicazione acquisite in ambito formativo e professionale
Capacità e competenze organizzative	Buona attitudine alla gestione di progetti e gruppi acquisita in ambito professionale

Pubblicazioni
Capitoli di Libri

- **B. Lo Iacono**, L. Moretti, L.M. Nistri: "L'uomo Artista" In L'Uomo Artista ed. Idest 2004, 18-23
- **B. Lo Iacono**, L. Moretti, L.M. Nistri: "Aspetti clinici dell'ansia" In L'Uomo Artista ed. Idest 2004, 50-55
- **B. Lo Iacono**, L. Moretti, L.M. Nistri: "Il significato attuale del linguaggio artistico" In L'Uomo Artista ed. Idest 2004, 56-59

Articoli ed Abstract
CARLA MASETTI
Informazioni personali

 Nome(i) / Cognome(i) **Carla Masetti**

Data di nascita 29/07/1961

Occupazione desiderata/ Settore professionale
**Dietista,
 Consulente in dietetica e nutrizione**
Esperienza professionale

Date Dal 2003

Lavoro o posizione ricoperti Consulente dietista presso Centro per la Grande Obesità

Titolo

Responsabile della redazione

Data compilazione

S. Bracci

10/06/2010

Principali attività e responsabilità	- Educazione alimentare e riabilitazione nutrizionale pre e post Chirurgia Bariatrica - Gruppi psicoeducativi per la preparazione alla chirurgia bariatrica (attività svolta in collaborazione con psichiatra) - Controlli post-chirurgia bariatrica (attività svolta in equipe multidisciplinare) - Terapia educativa e nutrizionale per persone sane e con patologie
Nome e indirizzo del datore di lavoro	Casa di Cura Leonardo, Viale P. Grocco, 100 Sovigliana -Vinci (FI) Tel. 05 71 90 23 22 - Fax 05 71 50 92 42 e-mail: info@casadicuraleleonardo.com
Tipo di attività o settore	Casa di Cura Chirurgica – Centro per la Grave Obesità
Date	Dal 1985
Lavoro o posizione ricoperti	Dietista , consulente nutrizionale
Principali attività e responsabilità	Attività libero-professionale
Nome e indirizzo del datore di lavoro	Vega Medica s.c.r.l. , Via J.Carrucci, 244 50053 Empoli (FI) Tel, 05 71 71 13 31
Tipo di attività o settore	Poliambulatorio – Cooperativa Medici di Medicina Generale
Date	Dal 2003 al 2004
Lavoro o posizione ricoperti	Consulente dietista presso il Comune di Montemurlo (PO)
Principali attività e responsabilità	- Progettazione e realizzazione di un progetto di educazione alimentare rivolto agli alunni, insegnanti e genitori delle scuole territoriali di tale comune - Lavoro svolto in collaborazione con una collega dietista
Nome e indirizzo del datore di lavoro	Comune di Montemurlo Via Bagnolo di Sopra 24 Montemurlo (PO) Tel 0574 65 16 73
Tipo di attività o settore	Comune di Montemurlo – Ufficio mensa scolastica
Date	Dal 1999 al 2000
Lavoro o posizione ricoperti	Consulente dietista presso il Comune di Lamporecchio (PT)
Principali attività e responsabilità	- Incarico per la realizzazione di un progetto di educazione alimentare rivolto alla scuola Media Inferiore - Esecuzione di incontri info-formativi rivolti alla popolazione dello stesso comune
Nome e indirizzo del datore di lavoro	Comune di Lamporecchio (PT) Piazza Berni 2, Lamporecchio Tel 0573 80 36 64
Tipo di attività o settore	Comune di Lamporecchio – Ufficio relazioni esterne
Date	Dal 1989 al 2000
Lavoro o posizione ricoperti	Consulente dietista con ruolo di educatore alimentare e promotore del consumo consapevole

Titolo

Responsabile della redazione

Data compilazione

S. Bracci

10/06/2010

Principali attività e responsabilità	<ul style="list-style-type: none"> - Progettazione e programmazione di interventi di educazione alimentare e ai consumi rivolti alle scuole Materne, Elementari, Medie Inferiori e Superiori nel territorio dei comuni di Lucca, Pisa, Empoli. - Realizzazione di materiale didattico e informativo: opuscoli, articoli e testi di supporto a tale attività - Progettazione e programmazione di interventi di educazione alimentare rivolti agli adulti in particolare Università della Terza Età e popolazione penitenziaria - Collaborazione con figure professionali: insegnanti, pedagoga, agronomo per la realizzazione del Centro DOC (di educazione e orientamento ai consumi) di Pisa
Nome e indirizzo del datore di lavoro	COOP UNICOOP Firenze Via S.Reparata 43, 50129 Firenze Tel. 0 55 47 801
Tipo di attività o settore	Cooperativa – Sezione soci e consumatori
Istruzione e formazione	
Date	Dal 2004 al 2006
Titolo della qualifica rilasciata	Laurea in Dietistica – indirizzo Riconversione in data 28/03/2006 con votazione 110/110
Principali tematiche/competenze professionali possedute	<ul style="list-style-type: none"> -Nutrizione clinica -Disturbi del comportamento alimentare -Trattamento dell'obesità e chirurgia bariatrica -Argomento della tesi discusso "Il ruolo del dietista nella riabilitazione nutrizionale del paziente obeso sottoposto a pallone intragastrico"
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione	Università degli Studi "G. d'Annunzio" Chieti - Pescara
Date	Da ottobre 1995 a dicembre 1995 Firenze
Titolo della qualifica rilasciata	Attestato di partecipazione al corso di formazione per dietisti
Principali tematiche/competenze professionali possedute	<ul style="list-style-type: none"> - tecniche e modalità di comunicazione operatore/utente - prove simulate di comunicazione - capacità di ascolto e di relazione con il paziente/utente -educazione alla salute centrata sulla persona
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione	ANDID (Associazione Nazionale Dietisti) Regione Toscana
Date	Da settembre 1992 a dicembre 1992 Firenze
Titolo della qualifica rilasciata	Attestato di partecipazione al corso per dietisti in "Educazione Alimentare"
Principali tematiche/competenze professionali possedute	<ul style="list-style-type: none"> -Modelli di educazione sanitaria -Educazione alimentare come promozione della salute
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione	ANDID (Associazione Nazionale Dietisti) Regione Toscana
Date	Da settembre 1989 a gennaio 1990 Firenze

Titolo

Responsabile della redazione

Data compilazione

S. Bracci

10/06/2010

Titolo della qualifica rilasciata Principali tematiche/competenze Professionali possedute	Attestato di partecipazione al corso per dietisti di educazione ai consumi -organizzazione delle cooperative e rete di distribuzione -etichette dei prodotti alimentari e pubblicità alimentare
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione	CEFORCOOP centro toscano studi cooperativi per la formazione, la ricerca e la consulenza aziendale
Capacità e competenze personali	
Capacità e competenze sociali	Buona capacità di comunicazione acquisita in ambito formativo e professionale, partecipazione a diversi eventi formativi in qualità di relatore.
Capacità e competenze organizzative	Buona attitudine alla gestione di progetti acquisita in ambito professionale. Buona capacità organizzativa del lavoro di gruppo e particolare attitudine all'attività in team con altre figure professionali
Capacità e competenze informatiche	Conoscenza base dei programmi Office™ (Word™, Excel™ e PowerPoint™) acquisita in ambito formativo e professionale

SIMONA GENNAI

Cittadinanza	Italiana
Data di nascita	12/07/1971
Occupazione desiderata/Settore professionale	Chirurgia Generale Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'urgenza
Esperienza professionale	

Titolo

Responsabile della redazione

Data compilazione

S. Bracci

10/06/2010

Data	Novembre 2003 a oggi
Nome e indirizzo del datore di lavoro	Casa di cura Leonardo Viale Grocco 136 Sovigliana-Vinci (FI) Chirurgo Generale
Lavoro o posizione ricoperti	L'attività principale è svolta in qualità di aiuto e collaboratore del Dott. F. Furbetta
Principali attività e responsabilità e tipo di attività o settore	Settore di attività (ambulatoriale e chirurgica): Chirurgia Generale e mini-invasiva, Chirurgia bariatrica, Chirurgia proctologica, Endoscopia Digestiva (diagnostica e operativa) Inoltre: Aiuto del Dott. S. Marianelli Settore di attività (chirurgica): Chirurgia estetica Aiuto del Dott. G. Gosi, Dott. V. Marino, Dott. G. Giubilei Settore di attività (chirurgica): Urologia Aiuto del Dott. V. Mattaliano Settore di attività (chirurgica): Chirurgia vascolare (sistema venoso arti inferiori) e delle ulcere distrofiche Aiuto del Dott. S. Cacialli e Dott. C. Giuntini Settore di attività (chirurgica): Ortopedia Attività di guardia medica
Data	Giugno-Ottobre 2003
Nome e indirizzo del datore di lavoro	Azienda USL 5 di Pisa, Dipartimento Emergenza/Urgenza Via Zamenhof 1 56100 Pisa Incarico di attività di continuità assistenziale a tempo determinato
Lavoro o posizione ricoperti	Attività di guardia medica (feriale notturna, prefestiva e festiva)
Principali attività e responsabilità	
Istruzione e formazione	
DATA	18 Gennaio 2011 Lucca
QUALIFICA CONSEGUITA	Iscrizione per trasferimento all'Albo dei Medici Chirurghi della Provincia di Lucca al n. 3131
DATA	20-21 Ottobre 2009
NOME E TIPO DI ISTRUZIONE O FORMAZIONE	Sovigliana-Vinci (FI) Dott. F. Furbetta-Dott. S. Marianelli Corso avanzato di chirurgia bariatrica e ricostruttiva <i>"Nuove tecniche e tecnologie a confronto nel trattamento dell'obesità: razionale di una scelta"</i>
DATA	19 Aprile 2007
NOME E TIPO DI ISTRUZIONE O FORMAZIONE	Sovigliana-Vinci (FI) Dott. F. Guidi Corso teorico-pratico <i>"Gestione del cateterismo venoso centrale"</i>
DATA	8 Ottobre 2005
NOME E TIPO DI ISTRUZIONE O FORMAZIONE	Firenze Dott. S. Marianelli- Dott. Benci Corso in Chirurgia e Dermatologia <i>"Focus on viso: il sorriso, tra novità e certezze"</i>

Titolo

Responsabile della redazione

Data compilazione

S. Bracci

10/06/2010

DATA	30 Ottobre 2003 (AA 2002-2003)
NOME E TIPO DI ISTITUTO DI ISTRUZIONE	<i>Università di Pisa - Facoltà di Medicina e Chirurgia</i>
O FORMAZIONE	<i>Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale indirizzo Chirurgia Generale</i> Via Paradisa 2 56100 Pisa
QUALIFICA CONSEGUITA	Specializzazione in Chirurgia Generale indirizzo Chirurgia Generale Tesi in <i>“La terapia dei polipi degenerati del colon-retto; nuove acquisizioni ed opzioni terapeutiche”</i> Relatore Prof. F. Mosca Votazione: 110/110 e lode
DATA	Novembre 2000-Ottobre 2003
NOME E TIPO DI ISTRUZIONE	<i>Università di Pisa - Facoltà di Medicina e Chirurgia</i>
O FORMAZIONE	<i>Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale indirizzo Chirurgia Generale</i> Via Paradisa 256100 Pisa
Tipo	Frequenza presso il Dipartimento di Oncologia (Ospedale Cisanello-Pisa), sotto la direzione del Prof. Franco Mosca, alternando la frequenza dei reparti di Chirurgia Generale e Trapianti diretta dal Prof. Franco Mosca, Chirurgia Vascolare e Sperimentale diretta dal Prof. Mauro Ferrari e Trapiantologia Epatica diretta dal Prof. Franco Filipponi
DATA	26 Settembre 2000
Tipo	Bologna Seminario di presentazione SPSS <i>“Analisi statistica per la ricerca medica e scientifica”</i>
DATA	29-30 Ottobre 1999
NOME E TIPO DI ISTRUZIONE	<i>Università di Pisa - Facoltà di Medicina e Chirurgia</i>
O FORMAZIONE	Via Roma 67 56100 Pisa
Tipo	Corso di aggiornamento in Patologia Vascolare <i>“Aneurismi e dissecazioni arteriose”</i>
DATA	Settembre 1997-Novembre 2000
NOME E TIPO DI ISTRUZIONE	<i>Università di Pisa - Facoltà di Medicina e Chirurgia</i>
O FORMAZIONE	<i>Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale indirizzo Chirurgia Generale</i> Via Roma 67 56100 Pisa
Tipo	Frequenza presso il Dipartimento di Chirurgia (Ospedale Santa Chiara-Pisa) diretto dal Prof. Cesare Colizzi, prima, e dal Prof. Paolo Miccoli, successivamente
DATA	19 Febbraio 1998 Pisa
QUALIFICA CONSEGUITA	Iscrizione all’Albo dei Medici Chirurghi della Provincia di Pisa al n. 4140
DATA	Autunno 1997
NOME E TIPO DI ISTRUZIONE	<i>Università di Pisa - Facoltà di Medicina e Chirurgia</i>
O FORMAZIONE	Via Roma 55 56100 Pisa
QUALIFICA CONSEGUITA	Abilitazione all’esercizio professionale

Titolo

Responsabile della redazione

Data compilazione

S. Bracci

10/06/2010

DATA	Maggio-Ottobre 1997
NOME E TIPO DI ISTRUZIONE	<i>Università di Pisa - Facoltà di Medicina e Chirurgia</i>
O FORMAZIONE	Via Roma 55 56100 Pisa Reparti universitari di Medicina Generale II, Pronto Soccorso, Ginecologia e Ostetricia, Pediatria, Medicina di Laboratorio (Ospedale Santa Chiara-Pisa), Chirurgia Generale e Sperimentale (Ospedale Cisanello-Pisa)
Tipo	Tirocinio post-laurea
DATA	22 Aprile 1997 (AA 1995-96)
NOME E TIPO DI ISTITUTO DI ISTRUZIONE	<i>Università di Pisa - Facoltà di Medicina e Chirurgia</i>
O FORMAZIONE	Via Roma 55 56100 Pisa
QUALIFICA CONSEGUITA	Laurea in Medicina e Chirurgia Tesi in <i>"Ossigenoterapia iperbarica nel trattamento della Malattia di Meniéré"</i> Relatore Prof. Ghilardi Votazione: 110/110
DATA	Giugno - Luglio 1990 (AA 1989-90)
NOME E TIPO DI ISTITUTO DI ISTRUZIONE	<i>Liceo Scientifico "Ulisse Dini"</i>
O FORMAZIONE	Via Benedetto Croce 36, 56100 Pisa
QUALIFICA CONSEGUITA	Diploma di Maturità Scientifica Votazione: 42/60
DATA	Estate 1990
NOME E TIPO DI ISTRUZIONE	Vacanza studio in Inghilterra (Bath) per perfezionamento della lingua inglese
O FORMAZIONE	
Capacità e competenze sociali	Attività teatrale negli anni universitari con l'associazione culturale S.A.V.O.T.
Capacità e competenze organizzative	24 Giugno 2002 Conferenza del Prof. DER Sutherland <i>"Beta-cells replacement therapy for diabetes: Pancreas and islet transplantation as technical variation individualized according to donor and recipient characteristic"</i> Auditorium "G. Toniolo" Opera della Primaziale, Pisa
Capacità e competenze tecniche	Aprile 2010 a oggi Referente locale per lo Studio Multicentrico Nazionale <i>"Progetto Chirurgia Bariatrica: valutazione economica"</i> in collaborazione con la Scuola Superiore Sant'Anna – Pisa e Università Bocconi – Milano
Capacità e competenze informatiche	Attività di endoscopista digestiva: 1999-2000 sotto la supervisione del Dott. Marco Pelosini (Dipartimento di Chirurgia Generale-Ospedale Santa Chiara-Pisa), 2001-2003 sotto la supervisione dei Dott. Aurelio Costa e Stefano Signori (Dipartimento di Oncologia-Ospedale Cisanello-Pisa), dal 2003 a oggi collaborazione con il Dott. Francesco Furbetta (Casa di Cura Leonardo-Sovilgiana-Vinci)
Capacità e competenze informatiche	Buona conoscenza di Microsoft Windows pacchetto Office, Internet Explorer, Outlook Express.

Titolo

Responsabile della redazione

Data compilazione

S. Bracci

10/06/2010

Ulteriori informazioni

Allegati

Allegato A: pubblicazioni

Allegato B: partecipazioni a congressi