



**SICOB FALL MEETING**  
**LIVESURGERY**  
28 - 29 OTTOBRE 2024  
MILANO, FONDAZIONE CARIPLLO

Presidenti del Congresso P. Gentileschi, M. A. Zappa  
Segreteria Scientifica E. Galfrascoli, M. P. Giusti

Fondazione  
**CARIPLLO**



[www.fallsicob.app](http://www.fallsicob.app)

# Linee Guida nazionali e internazionali per Chirurgia per BMI tra 30 e 40

**DOTT.SSA MARIA PAOLA GIUSTI**  
**ASST FATEBENEFRAPELLI MILANO**

# Linee Guida ASMBS 2022

- MBS è raccomandata per pazienti con BMI > 35 kg/m<sup>2</sup> , indipendentemente dalla presenza, assenza o severità delle comorbidità
- MBS è raccomandata in pazienti con DMII e BMI > 30kg/m<sup>2</sup>
- MBS deve essere considerata nei pazienti con BMI tra 30–34.9 kg/m<sup>2</sup> che non presentano un sostanziale o durevole calo ponderale o miglioramento delle comorbidità con la sola terapia medica
- In Asia sono candidabili pazienti con BMI > 25 kg/m<sup>2</sup>
- Non deve esserci limiti di età. Pazienti anziani che possono trarre beneficio dalla MBS devono essere considerati per la stessa, dopo valutazione delle comorbidità e della fragilità degli stessi

# Linee Guida ASMBS 2022

| ASMBS/IFSO Guidelines: Then and Now   |  |
|---|--|
| 1991 Guidelines   | 2022 Guidelines  |
| BMI $\geq 35$ kg/m <sup>2</sup> with at least one obesity-related condition (ie, hypertension, heart disease) | BMI 30-34.8 kg/m <sup>2</sup> (Class I obesity) with metabolic disease   |
| BMI 40 kg/m <sup>2</sup> regardless of comorbidities  | BMI $\geq 35$ kg/m <sup>2</sup> (Class II Obesity) regardless of comorbidities   |
|   | Within the Asian population, BMI thresholds $\geq 25$ kg/m <sup>2</sup> suggests clinical obesity, and BMI $\geq 27.5$ kg/m <sup>2</sup> should be offered MBS |
|   | Appropriately selected children and adolescents within the pediatric population should be considered for MBS   |

**Fig. 1** Comparison of 1991 and 2022 American Society of Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) and International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO) guidelines

# Linee Guida Sicob 2023

| <i>N°</i>                         | <i>Raccomandazione</i>  | <i>Forza raccomandazione</i> | <i>Qualità delle prove</i> |
|-----------------------------------|---|------------------------------|----------------------------|
| <b>INDICAZIONI ALLA CHIRURGIA</b> |   |                              |                            |
| 1                                 | Si suggerisce l'utilizzo della chirurgia metabolico-bariatrica nei pazienti con obesità di Classe I (BMI tra 30 e 34.9 Kg/m <sup>2</sup> ) e DM2 non controllato con la terapia medica, per il trattamento del diabete.   | Debole a favore              | Molto bassa                |
| 2                                 | Si suggerisce l'utilizzo della chirurgia metabolico-bariatrica nei pazienti con BMI ≥35 Kg/m <sup>2</sup> e DM2 non controllato con la terapia medica, per il trattamento del diabete.  | Debole a favore              | Molto bassa                |
| 3                                 | Si raccomanda l'utilizzo della chirurgia metabolico-bariatrica nei pazienti con obesità di Classe I (BMI tra 30 e 34.9 Kg/m <sup>2</sup> ) e almeno una comorbidità non controllata (DM2, ipertensione arteriosa, dislipidemia, OSAS), per il trattamento dell'obesità. | Forte a favore               | Molto bassa                |
| 4                                 | Si raccomanda l'utilizzo della chirurgia metabolico-bariatrica nei pazienti con di classe BMI ≥35 kg/m <sup>2</sup> ed almeno una comorbidità (DM2, ipertensione arteriosa, dislipidemia, OSAS), per il trattamento dell'obesità.                                       | Forte a favore               | Bassa                      |

# Linee Guida Sicob 2023

|    |   |                              |             |
|----|---|------------------------------|-------------|
| 6  | Si suggerisce l'utilizzo della chirurgia metabolico-bariatrica nei pazienti in età adolescenziale (14-18 anni) affetti da obesità ( $BMI \geq 35 \text{ Kg/m}^2$ ), per il trattamento della obesità.   | Debole a favore              | Molto bassa |
| 7  | Si suggerisce un intervento di chirurgia metabolico-bariatrica nei pazienti ultrasessantacinquenni affetti da obesità ( $BMI \geq 35 \text{ Kg/m}^2$ ), per il trattamento della obesità.   | Debole a favore              | Molto bassa |
| 8  | Non si esprime una preferenza né a favore né contro la chirurgia metabolico-bariatrica, nei pazienti affetti da obesità ( $BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ) e GERD, per il trattamento della GERD.   | Debole né a favore né contro | Molto bassa |
| 9  | Si suggerisce un intervento di chirurgia metabolico-bariatrica nei pazienti affetti da patologie osteoarticolari agli arti inferiori ed obesità ( $BMI \geq 30 \text{ Kg/m}^2$ ), per il trattamento delle patologie osteoarticolari.                 | Debole a favore              | Molto bassa |
| 10 | Non si esprime una preferenza né a favore né contro la chirurgia metabolico-bariatrica nei pazienti candidati a trapianto d'organo ed affetti da obesità ( $BMI \geq 30 \text{ Kg/m}^2$ ), per aumentare l'eleggibilità al trapianto d'organo solido. | Debole né a favore né contro | Molto bassa |
| 11 | Si suggerisce di non effettuare un intervento di chirurgia metabolico-bariatrica nei pazienti affetti da obesità ( $BMI \geq 30 \text{ Kg/m}^2$ ), al solo scopo di ridurre il rischio di patologie tumorali incidenti.                               | Debole a sfavore             | Molto bassa |

# Linee Guida Sicob 2023

| TIPOLOGIA DI INTERVENTO |  |                              |             |
|-------------------------|--|------------------------------|-------------|
| 21                      | Si suggerisce, nel caso di trattamento chirurgico del diabete, di preferire nei pazienti con obesità di classe I (BMI tra 30 e 34.9 Kg/m <sup>2</sup> ) e DM2 non controllato interventi di RYGB, LABG o SG. Altri interventi, quali OAGB e BPD, sono ugualmente indicati sulla base di evidenze indirette.  | Debole a favore              | Molto bassa |
| 22                      | Si raccomanda, nel caso di trattamento chirurgico del diabete, di preferire nei pazienti con obesità di classe ≥ II (BMI ≥35 Kg/m <sup>2</sup> ) e DM2 non controllato, interventi di RYGB anche funzionale e OAGB e sue varianti. Altri interventi, quali SG, LABG, BPD, BPD-DS, SADI-S, SAGI, BPBI e plicatura gastrica (GCP) sono ugualmente indicati sulla base di evidenze indirette. | Forte a favore               | Alta        |
| 23                      | Non ci sono evidenze che consentano di preferire un intervento di chirurgia metabolico-bariatrica per il trattamento dell'obesità di classe I (BMI tra 30 e 34.9 Kg/m <sup>2</sup> ) ed almeno una comorbidità non controllata.  | Debole né a favore né contro | Molto bassa |
| 24                      | Si raccomanda, nel caso di trattamento chirurgico dell'obesità, di preferire nei pazienti con obesità di classe ≥ II (BMI ≥35 Kg/m <sup>2</sup> ) ed almeno una comorbidità, interventi di RYGB anche funzionali, DS e BPD. Altri interventi, quali OAGB e sue varianti, SADI-S, SAGI, SG,   | Debole a favore              | Moderata    |
|                         | VGB, BPBI, LABG sono ugualmente indicati seppur siano disponibili meno evidenze di efficacia sugli outcome critici. Interventi di GCP sono da considerarsi solo in caso in cui la sicurezza sia prioritaria, rispetto all'efficacia.   |                              |             |

# Consensus Delphi 2024

- Le nuove linee guida suggeriscono che MBS deve essere fortemente raccomandata per i pazienti di classe II di obesità (BMI di 35–39.9 kg/m<sup>2</sup>) o maggiore, indipendentemente dalla presenza o assenza di comorbidità
- MBS deve essere considerato come opzione per i pazienti di classe I di obesità (BMI of 30–34.9 kg/m<sup>2</sup>) che hanno delle comorbidità associate come DM II, IPA, dislipidemia, OSAS, GERD, malattie cardiovascolari, non-alcoholic fatty liver disease and nonalcoholic steatohepatitis (NAFLD and NASH), IRC, pseudotumor cerebri, asma, (PCOS), infertilità e malattie muscoloscheletriche che non presentano miglioramento dopo terapia medica

# Consensus Delphi 2024

| Statement  | First round     | Second round    | Final result         |
|--|-----------------|-----------------|----------------------|
| 1. Metabolic and bariatric surgery (MBS) is cost-effective for patients with obesity class II, regardless of the presence, absence, or severity of comorbidities   | 88.31%<br>Agree | –               | CONSENSUS<br>(AGREE) |
| 2. MBS is cost-effective for patients with obesity class I who do not achieve substantial or durable weight loss or co-morbidity improvement using other nonsurgical methods.  | 84.21%<br>Agree | –               | CONSENSUS<br>(AGREE) |
| 3. MBS is cost-effective for patients with T2D and BMI $\geq 30$ kg/m <sup>2</sup>   | 96.05%<br>Agree | –               | CONSENSUS<br>(AGREE) |
| 4. MBS is an option in patients <18 years with obesity class II, regardless of the presence, absence, or severity of symptoms after the failure of conservative treatment including new anti-obesity medications (AOMs).               | 69.33%<br>Agree | 85.14%<br>Agree | CONSENSUS<br>(AGREE) |
| 5. MBS should be considered for patients <18 years old with obesity class I, who do not achieve substantial or durable weight loss or comorbidity improvement using nonsurgical methods including new anti-obesity medications (AOMs). | 50.65%<br>Agree | 52.70%<br>Agree | NO<br>CONSENSUS      |
| 6. MBS is recommended for patients <18 years old with T2D and obesity class I or higher  | 81.82%<br>Agree | –               | CONSENSUS<br>(AGREE) |
| 7. MBS is recommended for patients 18-65 years old with obesity class II, regardless of presence, absence, or severity of comorbidities  | 94.81%<br>Agree | –               | CONSENSUS<br>(AGREE) |



# Consensus Delphi 2024

|  |                    |                 |                      |
|--|--------------------|-----------------|----------------------|
| 8. MBS is recommended for patients 18-65 years old with obesity class I, who do not achieve substantial or durable weight loss or comorbidity improvement using nonsurgical methods.   | 81.33%<br>Agree    | –               | CONSENSUS<br>(AGREE) |
| 9. MBS is recommended for patients 18-65 years old with T2D and BMI $\geq 30$ kg/m <sup>2</sup> .  | 96.05%<br>Agree    | –               | CONSENSUS<br>(AGREE) |
| 10. MBS is recommended for patients >65 years old with obesity class II, regardless of presence, absence, or severity of comorbidities   | 81.58%<br>Agree    | –               | CONSENSUS<br>(AGREE) |
| 11. MBS is recommended for patients >65 years old with obesity class I, who do not achieve substantial or durable weight loss or comorbidity improvement using nonsurgical methods.  | 77.33%<br>Agree    | –               | CONSENSUS<br>(AGREE) |
| 12. MBS is recommended for patients >65 years old with T2D and BMI $\geq 30$ kg/m <sup>2</sup>   | 85.71%<br>Agree    | –               | CONSENSUS<br>(AGREE) |
| 13. Intra-gastric balloon (IGB) is a treatment option for patients with obesity class II, regardless of presence, absence, or severity of comorbidities in case of failure of conservative treatment including new AOMs and does not want to have MBS  | 56.00%<br>Disagree | 69.44%<br>Agree | NO<br>CONSENSUS      |
| 14. Intra-gastric balloon (IGB) is a treatment option for patients with obesity class I, regardless of presence, absence, or severity of comorbidities in case of failure of conservative treatment including new AOMs, and does not want to have MBS. | 52.00%<br>Agree    | 70.83%<br>Agree | CONSENSUS<br>(AGREE) |

# Evoluzione del DM II

**Table 1.** Changes in practice guidelines of the American Diabetes Association for obesity management and surgery indication

| Year | Milestone changes  | Obesity management   |
|------|--|--|
| 2008 |  | Only medical nutrition therapy and lifestyle modification  |
| 2009 | First appear bariatric surgery   | Bariatric surgery should be considered for adults with BMI $\geq 35$ kg/m <sup>2</sup> and type 2 diabetes (B)<br>Consider for patients with BMI 30–35 kg/m <sup>2</sup> as an expert opinion (E)  |
| 2016 | New independent section “Obesity Management for the Treatment of Type 2 Diabetes”  | This new section, which incorporates prior recommendations related to bariatric surgery  |
| 2017 | Terminology changed to metabolic surgery from bariatric surgery<br>Evidence levels were different according to patient’s BMI | Type 2 diabetes with BMI $\geq 40$ kg/m <sup>2</sup> (BMI $\geq 37.5$ kg/m <sup>2</sup> in Asian Americans), and in adults with BMI 35.0–39.9 kg/m <sup>2</sup> (32.5–37.4 kg/m <sup>2</sup> in Asian Americans) when hyperglycemia (A)<br>Adults with type 2 diabetes and BMI 30.0–34.9 kg/m <sup>2</sup> (27.5–32.4 kg/m <sup>2</sup> in Asian Americans) if hyperglycemia (B) |
| 2019 | Changed evidence level for metabolic surgery indication  | Metabolic surgery may be considered as an option for adults with type 2 diabetes and BMI 30.0–34.9 kg/m <sup>2</sup> (27.5–32.4 kg/m <sup>2</sup> in Asian Americans) (A)  |
| 2020 | Table of treatment options imply changed with BMI category   | BMI $\geq 30$ kg/m <sup>2</sup> (BMI $\geq 27.5$ kg/m <sup>2</sup> in Asian Americans)   |
| 2022 | Included post-bariatric hypoglycemia management<br>Introduced majority of procedures, VSG and RYGB                           | Post-bariatric hypoglycemia management includes education, medical nutrition therapy, and medication Treatment, as needed (A)  |

BMI = body mass index, VSG = vertical sleeve gastrectomy, RYGB = Roux-en-Y gastric bypass.

# IFSO Consensus on Definitions and Clinical Practice Guidelines for Obesity Management—an International Delphi Study

| <b>BODY MASS INDEX (BMI) = 30-35 kg/m<sup>2</sup></b>   |    |   |                             |        |
|---|----|---|-----------------------------|--------|
| For individuals with a BMI 30-35 kg/m <sup>2</sup> and T2DM who do not achieve substantial, durable weight loss and diabetes improvement with reasonable nonsurgical methods, MBS SHOULD/SHOULD NOT generally be offered for suitable individuals.  | 40 | 1 | Should                      | 97.5%  |
| For individuals with a BMI 30-35 kg/m <sup>2</sup> and obesity-related complications, but no T2DM, who do not achieve substantial, durable weight loss and improvement in their complications with reasonable nonsurgical methods, MBS SHOULD/SHOULD NOT generally be offered for suitable individuals. | 41 | 1 | Should                      | 95.1%  |
| For individuals with a BMI 30-35 kg/m <sup>2</sup> and no obesity-related complications who do not achieve substantial, durable weight loss with reasonable nonsurgical methods, MBS SHOULD/SHOULD NOT generally be offered for suitable individuals.   | 39 | 2 | Should                      | 78.0%  |
| <b>AGE ≥65 YEARS OLD</b>  |    |   |                             |        |
| In individuals over 65 years old, MBS has been shown to be safe, result in sustained reduction in medication use, and associated with significantly-improved quality of life.   | 37 | 1 | Agree                       | 100.0% |
| Because elderly individuals [>65 years] are considered at high risk due to their age and greater risk of metabolic diseases, the safety of MBS and reducing postoperative complications are of the utmost importance.   | 36 | 1 | Agree                       | 100.0% |
| MBS is generally suitable for individuals over the age of 65 with obesity class II or higher.   | 42 | 2 | Agree                       | 88.1%  |
| MBS is generally suitable for individuals over age 65 with class 1 obesity and T2DM, who do not achieve diabetes control with reasonable non-surgical methods.  | 41 | 2 | Agree                       | 87.8%  |
| Generally, sleeve gastrectomy is the preferred procedure for elderly individuals (>65 years old) because of its excellent safety profile.   | 40 | 1 | Agree                       | 75.0%  |
| Older individuals are more prone to developing postoperative complications after MBS than younger patients.   | 40 | 1 | Agree                       | 75.0%  |
| Older individuals should primarily be offered MBS procedures based upon...  | 41 | 2 | Both safety & effectiveness | 68.3%  |
| The effectiveness of MBS is reduced in the elderly.   | 41 | 2 | Agree                       | 57.5%  |
| Considering that hypo-absorptive MBS procedures are associated with a higher risk of malnutrition, they SHOULD NOT BE/CAN STILL BE undertaken in individuals over 65 years old.   | 42 | 2 | Should NOT be               | 52.4%  |

# Aggiornamento linee guida (IFSO/ASMBS) 2024

## MBS per BMI 30-34,9kg/m<sup>2</sup>

- MBS è raccomandata per pazienti con DM II e BMI di 30–34.9 kg/m<sup>2</sup>
- MBS è raccomandata per pazienti con BMI di 30–34.9 kg/m<sup>2</sup> e una comorbidità
- MBS deve essere considerata in pazienti con BMI of 30–34.9 kg/m<sup>2</sup> che non riescono ad avere un sostanziale o duraturo calo ponderale o miglioramento delle comorbidità con terapia medica

Livelli di evidenza 2a

Grado di raccomandazione B2

Scientific evidence for the updated guidelines on indications for metabolic and bariatric surgery  
(IFSO/ASMBS)

Maurizio De Luca et al.

Surgery for Obesity and Related Diseases- (2024) 1–35

# Aggiornamento linee guida (IFSO/ASMBS) 2024

## MBS per BMI 30-34,9kg/m<sup>2</sup>

Table 3

IFSO/ASMBS Delphi Results on MBS in Individuals Need Joint Arthroplasty

|   |             |             |                   |
|---|-------------|-------------|-------------------|
| MBS can be considered as a bridge to joint arthroplasty in patients with Body Mass Index of $\geq 30$ kg/m <sup>2</sup>   | 84.7% Agree | -           | CONSENSUS (AGREE) |
| MBS can decrease the operating time, risk of readmission and short-term complications of subsequent joint arthroplasty in individuals with Body Mass Index of $\geq 30$ kg/m <sup>2</sup>   | 82.9% Agree | -           | CONSENSUS (AGREE) |
| MBS can decrease the need for Joint arthroplasty in patients with Body Mass Index of $\geq 30$ kg/m <sup>2</sup> .  | 84.7% Agree | -           | CONSENSUS (AGREE) |
| Joint arthroplasty in patients with a Body Mass Index of $\geq 30$ kg/m <sup>2</sup> should be done 6 months to 1 year after MBS depending on the severity of their arthritis or if their weight loss stabilizes ad they have sufficient muscle mass and good nutritional status. | 50.0% Agree | 88.3% Agree | CONSENSUS (AGREE) |

# Aggiornamento linee guida (IFSO/ASMBS) 2024

## MBS per BMI 35-39,9kg/m<sup>2</sup>

Table 2

IFSO/ASMBS Delphi results of MBS indications individuals with class II obesity with no associated medical problems

| Statement  | Round 1     | Round 2    | Final result      |
|--|-------------|------------|-------------------|
| 1. Metabolic and bariatric surgery (MBS) is indicated in 18–65-yr-old individuals with class II obesity with no associated medical problems (body mass index of $\geq 35$ kg/m <sup>2</sup> ).                       | 95.7% agree | -          | CONSENSUS (AGREE) |
| 2. MBS is indicated in under 18-yr-old individuals with class II obesity with no associated medical problems (body mass index of $\geq 35$ kg/m <sup>2</sup> ).  | 76.6% agree | -          | CONSENSUS (AGREE) |
| 3. MBS is indicated in over 65-yr-old individuals with class II obesity with no associated medical problems (body mass index of $\geq 35$ kg/m <sup>2</sup> ).   | 85.1% agree | -          | CONSENSUS (AGREE) |
| 4. MBS is indicated for individuals with class II obesity and have no associated medical problems following comprehensive multidisciplinary team (MDT) assessment (body mass index of $\geq 35$ kg/m <sup>2</sup> ). | 54.1% agree | 100% agree | CONSENSUS (AGREE) |
| 5. MBS is cost-effective in individuals with class II obesity compare to nonsurgical therapy.  | 97.8% agree | -          | CONSENSUS (AGREE) |

Scientific evidence for the updated guidelines on indications for metabolic and bariatric surgery (IFSO/ASMBS)

Maurizio De Luca et al.

Surgery for Obesity and Related Diseases- (2024) 1–35

ma....Attenzione....



# Regione Lombardia

## PIANO DEI CONTROLLI DI ATS MILANO 2024

- Il presente documento tecnico –scientifico ha la finalità di definire gli ambiti di erogabilità delle prestazioni di chirurgia bariatrica e post-bariatrica a carico del Sistema Sanitario Regionale e viene redatto a seguito della revisione sul tema, effettuata dalla ATS della Città Metropolitana di Milano.
- Tale documento prende origine dal tavolo di lavoro sul tema dell'obesità, avviato dalla Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario (ACSS) in ottemperanza alla DGR n. XI/6502 del 21 aprile 2017, cui questa ATS ha partecipato nel 2017.
- Viene elaborato preso atto delle [Linee guida SICOb 2016 e 2023](#), in aderenza con le indicazioni della Direzione Generale della ATS di Milano



# ...ma differenza con le Linee Guida Sicob 2023

- L'età deve essere compresa, salvo casi motivati, fra 18 e 65 anni
- In caso di obesità di I grado (BMI  $\geq 30-35$ ) l'indicazione si pone **esclusivamente** se è presente DMT2, definito sulla base dei seguenti criteri:
  - Glicemia a digiuno  $> 126$  mg/dl
  - Emoglobina glicata  $\geq 6.5\%$  (48 mmol/mol)
  - Durata della malattia superiore a 1 anno
  - Scarso controllo glicemico dopo modificazione dello stile di vita, dieta e terapia con antidiabetici orali e/o insulina

In assenza dei criteri descritti in ciascun caso di obesità, il ricovero sarà ritenuto non finanziabile (ESITO B: devalorizzazione del 100%)

# Conclusione

- Ottime le Linee Guida Nazionali e Internazionali ...ma attenzione al proprio rimborso regionale
- Nelle altre regioni italiane avete lo stesso problema?



**SICOB FALL MEETING**  
**LIVESURGERY**  
**28 - 29 OTTOBRE 2024**  
MILANO, FONDAZIONE CARIPLO

Presidenti del Congresso P. Gentileschi, M. A. Zappa  
Segreteria Scientifica E. Galfrascoli, M. P. Giusti

Fondazione  
**CARIPLO**



[www.fallsicob.app](http://www.fallsicob.app)

# Grazie