

8. Chirurgia Oncologica - La cura Invisibile

a cura di D. D'Ugo – European Society Surgical Oncology (ESSO)

R. Audisio – European Society Surgical Oncology (ESSO)

F. Longo – Scuola di Specializzazione in Chirurgia, Policlinico Universitario "A. Gemelli"

P. Delrio – Società Italiana Chirurgia Oncologica (SICO)

La chirurgia oncologica è la più antica forma di trattamento dei tumori e, fino a pochi decenni fa, era l'unica chance da offrire a pazienti affetti da una neoplasia. Oggi fortunatamente, l'intervento chirurgico si integra appieno con trattamenti chemioterapici preoperatori (terapia neo-adiuvante) e post-operatori (terapia adiuvante), permettendo, molto spesso, di curare pazienti affetti da neoplasie prima considerate inguaribili. I miglioramenti delle conoscenze e l'avanzamento delle tecniche chirurgiche assieme ad una migliore comprensione delle modalità di diffusione del cancro, permettono oggi di asportare chirurgicamente un sempre maggior numero di neoplasie con una percentuale di successo crescente. In questo scenario, lo sviluppo di terapie alternative o associate alla chirurgia (quali la radioterapia e la chemioterapia) consente l'esecuzione di trattamenti chirurgici più conservativi e meno traumatici per il paziente rispetto al passato, garantendo, ovviamente, la radicalità oncologica.

Da circa 30 anni si è definitivamente invertito il vecchio paradigma secondo il quale la massima asportazione di tessuto garantisce le migliori possibilità di cura; Umberto Veronesi dimostrò al Mondo che la cura migliore è quella che porta alla guarigione con il minimo trauma fisico necessario. Tuttavia, pur se la ascesa della chirurgia mini-invasiva sta in questo decennio promettendo progressi ancora crescenti, paradossalmente la Chirurgia oncologica proprio oggi sta vivendo un periodo di profonda crisi.

Gli Autori di questo documento hanno scelto di definirla la "Cura Invisibile": infatti, pur essendo di gran lunga la più importante e unica vera chiave per la cura di molte neoplasie, è sempre meno sotto i riflettori delle istituzioni e delle grandi industrie sanitarie. Troppa parte dell'opinione pubblica – da un lato – è ancora ferma a retaggi del passato in cui la chirurgia oncologica veniva vista come atto demolitivo volto all'asportazione radicale della neoplasia, ma spesso a discapito della qualità di vita del paziente. D'altro canto, la luce dei riflettori si è mediaticamente spostata verso nuovi farmaci sperimentali e studi biomolecolari; si tratta indubbiamente di grandi scoperte, ma che a volte trasmettono al malato l'idea di un progresso che potrebbe portare a un futuro senza bisturi. A conferma di ciò secondo uno studio della BBC, tra il 1998 e il 2006, il 20% di tutte le notizie pubblicate dalla principale televisione britannica e dai siti internet ha riguardato farmaci contro il cancro.

Questo fenomeno ha importanti ripercussioni sui finanziamenti e le scelte di politica sanitaria. Stiamo assistendo ad un eccessivo squilibrio tra la chirurgia oncologica e l'oncologia medica, in termini di fondi e finanziamenti per nuovi studi; basti pensare che ad oggi il conto globale della ricerca in ambito chirurgico ammonta a solo il 5% di tutti i fondi stanziati. Se ci soffermiamo invece sulle differenze pratiche tra la radicalità chirurgica e quelli che vengono ad esempio oggi definiti "farmaci biologici", stiamo parlando da un lato di un'arma che cura oltre il 50% dei pazienti, rispetto a molecole che si definiscono efficaci quando prolungano la sopravvivenza di alcuni mesi o settimane.

Un lavoro pubblicato nel 2012 su "Annals of Surgery", ha dimostrato come solo il 9% delle pubblicazioni scientifiche in ambito internazionale prodotte negli ultimi 10 anni, tratti di chirurgia oncologica. Se qualcosa non dovesse cambiare, le ripercussioni in termini di qualità di assistenza ed "outcome" (risultato oncologico a distanza) per i pazienti potrebbero essere forse irreversibili.

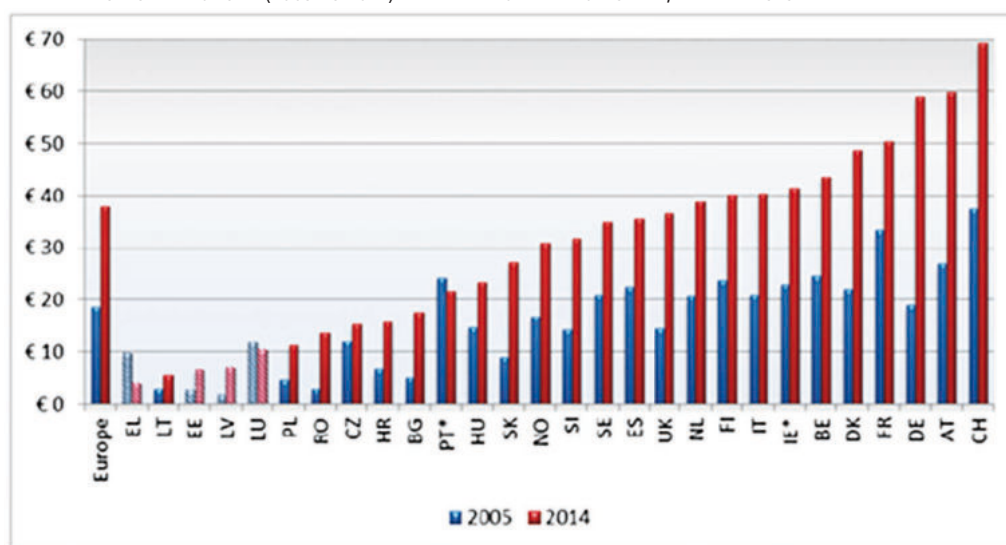
La ricerca sul cancro è uno dei campi della scienza più attivi a livello globale, con più di 14 miliardi di dollari investiti ogni anno; è a tutti ben chiaro il nesso tra la quantità di fondi stanziati e i risultati ottenuti. In questa pubblicazione si è evidenziato come nonostante sia palese che l'intervento chirurgico sia la modalità principale di controllo e di cura per i tumori solidi (dunque escludendo le leucemie e le neoplasie ematologiche), i livelli globali

di ricerca e sviluppo in questo ambito sono molto bassi. Nonostante il volume delle procedure chirurgiche abbia un peso importante, in tutto il Mondo la cultura della ricerca oncologica è stata trainata prevalentemente dalla medicina traslazionale, con la sua prevalente attenzione su farmaci e biomarcatori. Un minor impegno in termini di ricerca clinica verso neoplasie rare o discipline “di nicchia” è comprensibile, ma – da un punto di vista strategico – quando ciò accade nei riguardi di neoplasie estremamente comuni, come quelle del colon e della mammella, ciò rischia di generare ricadute negative sull’“outcome” globale dei pazienti. Se dunque la relazione tra l’attività di ricerca e “outcome” è per così dire complicata, d’alto canto sicuramente esiste una netta correlazione positiva per gli studi di tipo più chiaramente “clinico”. La Svezia è la nazione che partecipa più attivamente ai trials oncologico-chirurgici (seguita da tutti i paesi dell’Europa settentrionale) con risultati eccellenti. Sorprendentemente anche la Cina è in questo settore da alcuni anni molto attiva. Il fatto che la Cina ottenga un buon punteggio nel ranking mondiale suggerisce che una politica di maggior enfasi sulla ricerca del Paese e il sostegno allo sviluppo in ambito di chirurgia oncologica può dare buoni frutti: notevolissimo infatti è stato l’impatto nell’ambito delle cure per il cancro del polmone, neoplasia per cui la Cina in poco tempo ha visto crollare la mortalità.

L’attività e la qualità di ricerca in chirurgia oncologica ad oggi rappresentano una piccolissima parte della ricerca globale contro il cancro. Tale realtà ha un effetto negativo sul valore percepito dalle grandi organizzazioni e degli istituti di ricerca. La politica organizzativa nazionale e internazionale viene distorta, riducendo o comunque non incrementando i finanziamenti. Si delinea quindi un circolo negativo auto-alimentato. Forse si dovrebbe oramai parlare di fallimento delle politiche nazionali ed Europee in campo di ricerca e sviluppo della chirurgia oncologica. Nel Regno Unito, ad esempio, meno dell’1% della spesa per la ricerca del cancro è destinata alla chirurgia; nel mondo il quadro non è certo migliore, infatti neanche nella WHO (World Health Organization) al momento vi è alcuna traccia di fondi destinati alla ricerca in ambito chirurgico.

Mentre da un lato le somme impegnate per finanziare la ricerca sono sempre minori, dall’altro ci troviamo di fronte ad un costante aumento della spesa pubblica in termini di terapie mediche; come è facile intuire dalla Tabella 1, nell’arco degli ultimi anni, dal 2005 al 2014, la spesa pro-capite in termini di farmaci antitumorali è vertiginosamente aumentata, addirittura più che raddoppiata in Europa, passando da circa 17 euro a più di 36 euro e forse è proprio questo motore industriale a muovere la grande macchina dei finanziamenti alla ricerca oncologica, ricerca che privilegia oggi i nuovi chemioterapici, piuttosto che la diffusione e standardizzazione delle migliori cure chirurgiche, in termini di efficacia e minimo trauma per il paziente.

TABELLA 1: SPESA IN EUROPA (2005 VS.2014) PER FARMACI ANTI-TUMORALI, NEI DIVERSI STATI.



I costi relativi all’innovazione e all’introduzione in clinica dei nuovi farmaci anti-cancro (farmaci a bersaglio molecolare nella maggior parte mirati in base alle caratteristiche genetiche del tumore e nuovissimi e potentissimi immunoterapici, da somministrare a quasi tutti i generi di neoplasia) sono divenuti talmente elevati che negli

Usa è stato coniato un nuovo termine che descrive molto efficacemente questa situazione e cioè “Financial Toxicity”, ovvero la tossicità finanziaria di questi prodotti. Con gli antitumorali che costano sempre di più, i pazienti rischiano infatti di non avere più accesso equo alle cure.

Nel 2030 nel Mondo il Cancro supererà le patologie Cardiovascolari come principale causa di morte: con il prolungamento dell’aspettativa di vita, la persistenza di stili di vita dannosi, infezioni ed inquinamento ambientale si passerà dai 14,1 milioni di nuovi casi e 8,2 milioni decessi correlati al cancro registrati nel 2012 a circa 23,9 milioni di nuovi casi e 14,6 milioni di decessi correlati al cancro nel 2035. Una parte significativa del carico globale del cancro previsto nel 2035 interesserà le regioni più povere del mondo, che rappresenteranno il 61% (14,7 milioni) di nuovi casi di cancro e il 70% (10,3 milioni) di tutte le morti per cancro. Quasi l’80% dei pazienti affetti da cancro entro il 2030 avrà bisogno di un intervento chirurgico e si stima che più di 45 milioni di procedure chirurgiche saranno necessarie ogni anno. In questo scenario, la disponibilità di nuove terapie sempre più attive e costose rischia paradossalmente di aggravare in maniera insostenibile il carico sociale ed economico per una massa crescente di pazienti; purtroppo, in assenza di adeguati piani di azione ed investimenti mirati verso il settore della oncologia-chirurgica, anche le disparità in termini di accesso per tutti ad una chirurgia di qualità –cioè potenzialmente curativa- sono destinate ad aggravarsi. Nel nostro Paese il numero complessivo dei cosiddetti “cancer survivors” (cioè chiunque abbia avuto nel corso della vita una diagnosi di cancro) è progressivamente cresciuto: erano un milione e mezzo nel 1990, circa 3 milioni nel 2013 ed è stimato che saranno 4 milioni e mezzo nel 2020. Senza urgenti provvedimenti nel 2030 le perdite economiche globali da tumori che potrebbero essere trattati chirurgicamente sarà di circa 12 trilioni di dollari.

Il problema che affligge la Chirurgia non è rappresentato solo dalla scarsità dei finanziamenti stanziati, bensì da un enorme carenza di diffusa disponibilità di chirurgia oncologica di livello ottimale. Non investendo in studi e sperimentazioni per migliorare la qualità della chirurgia e nella formazione di figure professionali specializzate, si rischia di non garantire a tutti i pazienti la stessa efficacia di cura: il rischio di non poter offrire a tutti un adeguato livello qualitativo di chirurgia rischia di diventare una inesorabile sconfitta.

Qualcosa negli ultimi anni – forse persino mesi – si sta finalmente muovendo, grazie al profondo impegno di alcune Società Chirurgiche Nazionali ed Europee in stretta collaborazione con le tante attivissime Associazioni di Pazienti. Da questa sinergia può scaturire un valore aggiunto, un miglioramento da apportare alla pratica clinica perché essa non veda il malato come un numero, bensì una persona fisica sempre più aggiornata e preparata sulla sua patologia e che giustamente inizia a pretendere un trattamento qualitativamente elevato, con le massime chance di cura ed un trauma fisico il più contenuto possibile.

Identificazione dei Centri di Riferimento - Centralizzazione delle cure per speciali patologie - Global Curriculum

Con la stesura nel 2013 e la successiva pubblicazione nel 2015 del decreto n. 70 qualcosa ha iniziato a cambiare; venivano definiti gli standard qualitativi e quantitativi, strutturali e tecnologici relativi all’assistenza sanitaria. In una delle voci del decreto sono stati definiti i “valori soglia” oltre i quali un centro può essere considerato idoneo ad effettuare una determinata procedura chirurgica. Se andiamo a confrontare i risultati del PNE del 2016 redatto dall’ AGENAS (Piano Nazionale Esiti) con gli stessi dati del 2013 e del 2015, è possibile evincere una inarrestabile progressione verso una centralizzazione delle patologie tumorali verso le strutture a maggior volume di attività. Dalla Tabella 2 è facile notare come la percentuale dei centri sopra la “soglia” dei volumi minimi, è passato dal 22 al 50% per il colon e più che raddoppiato per lo stomaco. Analizzando i numeri dei centri risulta chiaro come in associazione ad un aumento delle procedure chirurgiche sia rimasto stabile il numero delle strutture sopra-soglia mentre ne sia progressivamente diminuito il numero di quelli al di sotto (Tab.2). Questa evoluzione probabilmente è anche in parte dovuta ad una maggiore informazione e cultura medica da parte della popolazione che inizia per prima a selezionare in maniera critica la struttura alla quale affidarsi.

TABELLA 2: NUMERO DI CENTRI ITALIANI AL DI SOPRA DEI REQUISITI MINIMI CIRCA VOLUMI DI CASI TRATTATI

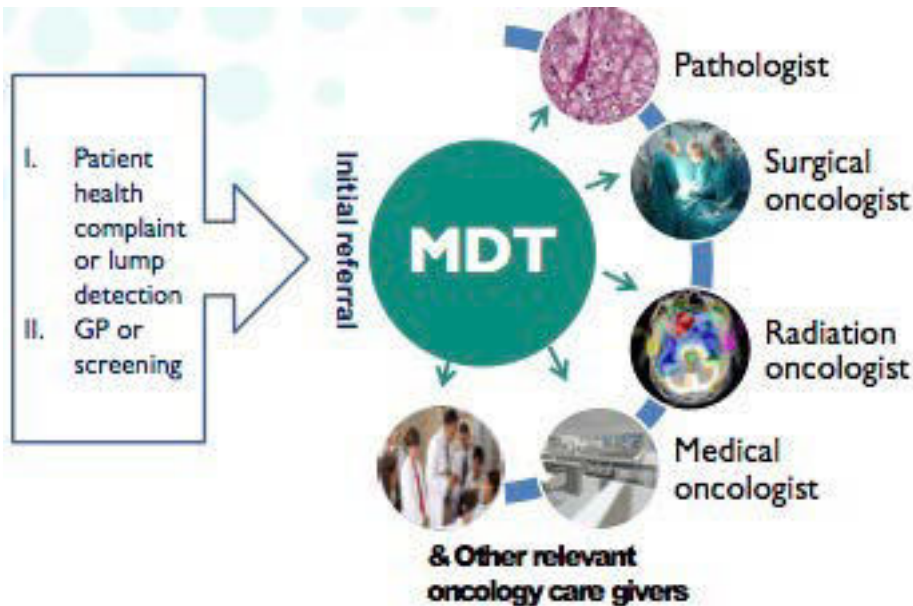
TUMORE	Volume Soglia (numero di casi)	Numero Centri sopra soglia 2013		Numero Centri sopra soglia 2015		Numero Centri sopra soglia 2016	
Colon	50	177/805	22%	177/610	29%	173/343	50%
Stomaco	20	108/662	16%	117/391	30%	97/298	33%
Polmone	50-70 (2013) 150 (2016)	36/231	16%	67/149	45%	37/110	34%

Questa però è solo una delle risposte alle esigenze dei malati, perché la centralizzazione ha un importante ruolo nel contenere la spesa sanitaria nell'evitare il fenomeno della dispersione che per troppi anni ha caratterizzato il nostro paese. Tutto questo non risponde però a pieno alla richiesta di un alto livello di qualità in termini di cura e assistenza, perché probabilmente avere un ampio bacino di pazienti e poter agevolmente superare le "soglie" non rende automaticamente un centro virtuoso in termini di completezza e qualità assistenziali. Al fine di poter garantire standard qualitativamente alti, bisogna creare dei centri che possano offrire al paziente oncologico un team multidisciplinare fatto di figure esperte, medici e paramedici, in grado di affrontare, gestire e risolvere le molteplici problematiche presentate dal malato oncologico. Solo così si verrebbe a creare una medicina di eccellenza dai grandi volumi, che però ritorna ad essere a dimensione dell'individuo, in grado cioè di formulare un piano di assistenza personalizzato per ogni singolo paziente. Il futuro promette ancor di meglio, se guardiamo alle promesse della cosiddetta "Medicina di Precisione", fondata su algoritmi in grado di trarre dalla crescente disponibilità di informazioni computerizzate (Big Data) dei piani di cura realmente individualizzati. Già oggi i percorsi clinici per vari tipi di neoplasia sono in corso di implementazione nei migliori Centri Italiani: i percorsi garantiscono che ogni decisione sia presa assieme al paziente da parte di un team multidisciplinare composto da esperti accreditati, superando una volta per tutte la vecchia pratica di affidare il proprio destino all'opinione di un singolo professionista.

Questa proposta è stata in parte realizzata con l'obbligatoria istituzione delle "Breast Unit" (Centri di Senologia), oggi considerati un modello di assistenza specializzato nella diagnosi, cura e riabilitazione psicofisica delle donne affette da carcinoma mammario. La gestione del percorso della paziente è affidato ad un pool di esperti professionisti dedicati con esperienza specifica e certificata in ambito senologico. Le "Breast Unit" sono nate con lo scopo di dare centralità alla donna nel lungo percorso di cura dal momento della diagnosi e durante le terapie, nelle fasi di trattamento riabilitativo fino alla guarigione. Si elimina così il concetto di cura o trattamento a singolo accesso, trasformandolo in un vero e proprio percorso terapeutico tutelato sotto ogni aspetto, clinico e psicologico.

Il team multidisciplinare è l'asse portante di questo articolato sistema centrato sul paziente. Il chirurgo oncologo ne deve rappresentare un elemento fondamentale, assumendo la guida quando necessario ed interagendo con i vari specialisti al fine di fornire al paziente tumorale un trattamento d'eccellenza, moderno e soprattutto efficace. Ogni situazione viene analizzata da MDT (Multi-Disciplinary Team), che prevedono l'inclusione di tutte le figure professionali, dal chirurgo oncologo all'oncologo medico, al radioterapista; se possibile, altre figure professionali (come il nutrizionista, l'infermiere, lo psicologo) partecipano alle discussioni del MDT, senza dimenticare l'apporto possibile in diverse fasi dei rappresentanti delle Associazioni di Pazienti. Anche l'intervento, di conseguenza, viene inserito in un contesto globale, programmato con tempi e modalità improntati alla massima efficacia e alla minima compromissione della qualità della vita. Ricordiamo che la chirurgia rappresenta il caposaldo dell'approccio multidisciplinare ai tumori ed è spesso determinante per il successo globale del trattamento. Un intervento chirurgico non adeguato o una strategia integrata non applicata possono compromettere definitivamente l'esito delle cure, comportando un ulteriore utilizzo di risorse con ricadute anche sulla spesa sanitaria, con malati che andranno inevitabilmente in progressione di malattia, obbligando gli specialisti a tentativi terapeutici disperati o a interventi di salvataggio. Stiamo assistendo dunque ad una piccola rivoluzione in cui la posizione dello specialista oncologo-chirurgo, sinora visto come mero esecutore dell'atto chirurgico, si

pone all'interno del team multidisciplinare assieme a molte diverse figure professionali, ponendo dal suo punto di vista le migliori indicazioni sulle strategie terapeutiche.



Purtroppo in Italia è notevolissima la discrepanza fra ciò che accade nella "vita reale" e la concreta applicazione di queste metodologie di lavoro, oggi applicate solo presso i Centri più virtuosi. Numerosissime sono le incongruenze: fra quelle più palesi, basti citare che per il carcinoma del colon è oggi accettato come Gold Standard un approccio mini-invasivo, ma meno del 30% di questi frequentissimi tumori vengono ad oggi operati in via laparoscopica. O ancora, le linee-guida europee indicano la chemioterapia pre-operatoria come percorso preferibile per il tumore dello stomaco localmente avanzato, ma questa modalità integrata di trattamento viene applicata in meno del 25% dei casi totali. Infine, la mancata applicazione di algoritmi diagnostici completi assieme ad indicazioni chirurgiche nate al di fuori di Team Multi-Disciplinari, impediscono che ad oggi ancora in Italia non sia calato il numero dei cosiddetti interventi "apri-e-chiudi", cioè quelle situazioni in cui l'accertamento di inoperabilità viene fatto solo nel corso di un intervento chirurgico.

I pazienti ed assieme ad essi i professionisti della Sanità, gli amministratori del sistema sanitario e i politici, non possono e non devono più tollerare tali negligenze nel governo clinico della malattia tumorale.

Non esiste una norma che impedisca ai chirurghi di effettuare chirurgia oncologica senza una certificazione super-specialistica, pertanto le istituzioni – e le aziende ospedaliere – non richiedono questo tipo di accreditamento per selezionare i chirurghi-oncologi da destinare ad unità operative dedicate prevalentemente alla cura del cancro. Tutto questo a volte si traduce in una scarsa qualità del servizio offerto al paziente, un malato di cancro per il quale – evidentissimi dati alla mano – la differenza tra un intervento qualitativamente valido (a volte molto esteso e a rischio contenuto solo se eseguito da specialisti) ed un intervento "sicuro" ma non altrettanto mirato all'estirpazione di ogni residuo canceroso, si traduce in guarire definitivamente o non guarire. I radioterapisti e gli oncologi medici provengono da scuole di specializzazione dedicate e si aggiornano esclusivamente riguardo al cancro; per contro ai chirurghi, coloro ai quali è affidato il compito di dispensare il più efficace trattamento curativo della maggior parte dei casi, non viene richiesto di aggiornarsi sul cancro per essere autorizzati ad operare un paziente oncologico. Se la chirurgia venisse finalmente riconosciuta come trattamento primario per il cancro, come i numeri ampiamente dimostrano, questo porterebbe ad una maggiore attenzione verso la figura del chirurgo-oncologo. In Chirurgia Oncologica non basta saper eseguire un determinato tipo di intervento, ma bisogna capirne le ragioni biologiche; il chirurgo oncologo dovrebbe essere un "biologo-operatore", con ottime conoscenze di concetti quali la onco-genetica, la angiogenesi tumorale, la chemio prevenzione, l'*imaging-molecolare*, la prevenzione secondaria e terziaria, le metodiche di screening e così via.

Per cercare di sopperire a questa necessità, la Società Europea di Chirurgia Oncologica (ESSO) in collaborazione con la Società Italiana di Chirurgia Oncologica (SICO) ad essa affiliata, ha proposto l'attuazione di un "Curriculum Globale", pubblicato sul EJSO (European Journal of Surgical Oncology) nel giugno 2016, orientato a formare chirurghi con questa profilo multidisciplinare. Tra gli elementi proposti troviamo conoscenze in ambito di:

- Biologia del tumore: ricerca, epidemiologia e modalità di Screening
- Chemioterapia e radioterapia
- Gestione del dolore e cure palliative
- Cure ed approccio multidisciplinare
- Imaging radiografico

Queste profonde modifiche potrebbero addirittura portare i governi a disincentivare chirurghi non "accreditati" ad operare malattie neoplastiche complesse, prima di conoscere a fondo gli aspetti molteplici e tutti basilari del cancro e della sua gestione inter-disciplinare.

Sintesi conclusiva

L'80% delle guarigioni dal cancro sono innanzitutto legate ad un corretto intervento chirurgico. Resta indiscutibilmente fondamentale e certamente irrinunciabile l'apporto alla cura dato dai Farmaci e dalle Radiazioni, ma questi trattamenti, oggi sempre più raffinati e costosi, trovano piena efficacia solo quando la rimozione delle cellule tumorali dal corpo del paziente è stata portata a compimento da un chirurgo-oncologo dedicato e di certificata qualità.

Altrettanto importante è il fatto che il chirurgo-oncologo non assuma da solo le decisioni sul come e quando operare: i migliori risultati in termini di qualità e quantità di vita provengono da indicazioni poste da Team Multi-Disciplinari, composti non solo da medici dedicati alla cura del cancro, ma anche da infermieri, psico-terapeuti, nutrizionisti e – non da ultimo – da rappresentanti delle Associazioni dei Pazienti.

9. Carta dei diritti del paziente oncologico all'appropriato e tempestivo supporto nutrizionale

a cura di M. Nardi – Dietetica e Nutrizione Clinica, Istituto Oncologico Veneto - IRCCS, Padova
S. Stragliotto – SC Oncologia Medica 1, Istituto Oncologico Veneto - IRCCS, Padova

La malnutrizione è un quadro di comune riscontro nei malati oncologici ed è correlata alla sede e all'estensione della neoplasia (1).

La presenza di malnutrizione comporta un maggior tasso di ospedalizzazione e tossicità, una minore risposta ai trattamenti chemio e radioterapici ed un peggioramento della qualità di vita e della prognosi (2). Se è ormai assodato che il calo di peso prima di un intervento chirurgico comporti un maggior rischio di complicanze post-operatorie e un aumento della mortalità (3,4), anche un piccolo calo ponderale che si verifichi durante i trattamenti chemio-radioterapici si associa a una significativa riduzione della sopravvivenza (5). Negli ultimi anni vi è sempre maggior evidenza che nei tumori più comuni la tossicità da chemio-radioterapia e la sopravvivenza siano influenzate dalla perdita di muscolo e quindi dallo sviluppo di "sarcopenia" (6-14).

Un precoce riconoscimento delle problematiche nutrizionali è fondamentale per organizzarne una corretta gestione. Esistono diversi strumenti di screening validati in questo ambito atti a identificare i pazienti a rischio di malnutrizione che possono beneficiare di un appropriato supporto (15). Questo permette di pianificare un intervento nutrizionale personalizzato, parallelo al trattamento oncologico, adattato alle specifiche esigenze di ogni paziente, al piano terapeutico oncologico e che tenga conto della prognosi della malattia. L'obiettivo è di prevenire o trattare la malnutrizione/sarcopenia in modo da migliorare l'aderenza ai trattamenti antineoplastici, migliorare la qualità di vita e la prognosi (16, 17).

Il primo livello di intervento è costituito dal counseling dietetico, per opera di dietisti formati in ambito oncologico, che ha come obiettivo il raggiungimento dei fabbisogni energetici e proteici anche con l'ausilio di supplementi nutrizionali orali. Qualora questo intervento non sia sufficiente è indicata la nutrizione artificiale che deve comunque privilegiare la somministrazione per via enterale. Solo se questa non è praticabile per alterata funzione intestinale, scarsa tolleranza ai supplementi o rifiuto del paziente, allora il supporto nutrizionale potrà essere fornito per via endovenosa (17-20).

Le indicazioni al supporto nutrizionale nel paziente oncologico cambiano lungo il percorso di cura a seconda che si sia in trattamento oncologico attivo, in remissione o in fase palliativa. Risulta quindi importante effettuare un regolare monitoraggio nutrizionale, soprattutto nei pazienti affetti da un tumore la cui sede, estensione o terapia possa compromettere lo stato nutrizionale.

L'atteggiamento nei confronti di questo aspetto varia notevolmente tra gli oncologi (21) tanto che molti pazienti malnutriti non ricevono ancora un adeguato supporto nutrizionale (1) anche in presenza di numerosi dati scientifici che evidenziano come il deterioramento dello stato nutrizionale influenzi negativamente la sopravvivenza e la tolleranza ai trattamenti (6-14) e nonostante la disponibilità di linee guida internazionali (18-20).

Questo potrebbe essere legato a un'insufficiente sensibilità alle problematiche nutrizionali tra i professionisti, a una non adeguata collaborazione tra oncologi e specialisti del campo della nutrizione e infine alla scarsità di trial clinici nutrizionali specifici per patologia e setting di cura.

Una survey condotta nel Regno Unito nel 2006 ha rilevato come gli oncologi, pur riconoscendo l'importanza della malnutrizione e il ruolo fondamentale dell'intervento nutrizionale, non riuscissero ad identificare i pazienti a rischio di malnutrizione e quelli che possono beneficiare di un intervento nutrizionale precoce. Questo veniva giustificato principalmente da una non adeguata conoscenza, da mancanza di chiare linee guida, nonché per limiti di tempo (21). Un altro studio italiano su pazienti con tumore del distretto capo-collo e dell'esofago (22) ha confermato le stesse difficoltà rilevate dalla survey inglese.

È stata recentemente condotta una survey italiana nata dalla collaborazione tra l'Associazione Italiana degli Oncologi Medici (AIOM) e la Società Italiana di Nutrizione Artificiale e Metabolismo (SINPE) che ha ulteriormente ribadito i risultati degli studi sopracitati, confermando che tutt'ora la scarsa attenzione nei confronti della nutrizione nei pazienti oncologici è un problema preoccupante (23). In particolare la principale difficoltà rilevata è stata quella di riuscire a identificare i pazienti a rischio di malnutrizione, nonostante vi sia consapevolezza che lo stato nutrizionale possa influenzare la tolleranza ai trattamenti antineoplastici. E', infatti, emerso che la valutazione nutrizionale viene effettuata solo su richiesta dei pazienti in circa la metà dei casi e che solo il 16% dei professionisti che ha aderito al sondaggio utilizza strumenti di screening nutrizionale (17).

Un altro aspetto allarmante è l'espansione del mercato delle cosiddette "anti-cancer diet", regimi dietetici alternativi generalmente ipocalorici con sedicenti effetti anti-cancro che vengono proposti da centinaia di libri e siti web nonostante la mancanza di qualsiasi evidenza scientifica a supporto. Questo è un serio e potenzialmente pericoloso problema, in quanto tali regimi essendo potenzialmente ipocalorici favoriscono l'insorgenza di malnutrizione e quindi possono interferire con la corretta somministrazione della terapia antineoplastica (24).

Va, inoltre, ricordato che se da una parte nei pazienti con tumore in stadio avanzato il calo ponderale rappresenta un fattore prognostico negativo, anche un involontario incremento di peso durante la chemioterapia neoadiuvante o adiuvante nelle pazienti con tumore alla mammella è un problema rilevante, dal momento che si associa ad un aumento della mortalità globale, anche se non al tasso di recidiva (25). In questo gruppo di pazienti bisogna quindi programmare una appropriata gestione del peso con un intervento multidisciplinare che integri aspetti riguardanti l'alimentazione con l'attività fisica (26).

Alla luce di tutte queste considerazioni, emerge che l'aspetto nutrizionale non viene ancora adeguatamente gestito nei pazienti oncologici.

Nell'ambito delle terapie di supporto, negli ultimi anni la gestione del dolore in oncologia e la sensibilità su questo argomento sono significativamente migliorate (27), anche se non ancora a livelli ottimali (28, 29). Allo stesso livello bisognerebbe considerare anche il supporto nutrizionale, nella visione completa delle "cure simultanee" (30, 31).

L'AIOM, la SINPE e la Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia (FAVO) hanno recentemente avviato un programma di collaborazione soprannominato "Integrating Nutritional Therapy in Oncology (INTO)", con l'obiettivo di sensibilizzare gli oncologi alle problematiche nutrizionali e migliorare conseguentemente la cura nutrizionale dei pazienti neoplastici.

Un documento di consenso inter societario è stato pubblicato al fine di fornire adeguate, concise e pratiche raccomandazioni per una appropriata nutrizione ai pazienti oncologici (32).

Dal momento che la formazione rappresenta la chiave per aumentare la sensibilità e migliorare la pratica clinica, è stata programmata sul territorio nazionale una serie di corsi focalizzati sulla nutrizione in oncologia e una specifica sessione riguardante il supporto nutrizionale è stata definitivamente introdotta negli eventi AIOM nazionali. Il gruppo di lavoro ha deciso di organizzare una survey nazionale per rilevare le abitudini alimentari e gli aspetti nutrizionali dei pazienti oncologici in trattamento e una campagna stampa e via web per fornire ai pazienti corrette e documentate informazioni.

Una iniziativa cruciale del progetto INTO è stata l'elaborazione della "Carta dei diritti del paziente oncologico all'appropriato e tempestivo supporto nutrizionale" (tabella 1).

Questo documento si prefigge di sensibilizzare innanzi tutto i pazienti ma anche l'opinione pubblica e le istituzioni riguardo al problema della nutrizione in oncologia, ed è stato sottoposto all'attenzione del Ministro della Salute e alla European Cancer Patient Coalition.

Il progetto INTO prevede, inoltre, lo sviluppo di trial multicentrici finalizzati a valutare il ruolo del supporto nutrizionale nei diversi setting oncologici, studiare tecniche non invasive e non dispendiose per la valutazione della composizione corporea nei pazienti oncologici, e infine elaborare protocolli diagnostico-terapeutici standardizzati specifici per tumore.

Va quindi ribadito che il supporto nutrizionale debba poter essere fornito in maniera tempestiva e appropriata a tutti i malati oncologici. Questo può essere reso possibile migliorando innanzitutto la sensibilità a questa problematica a livello sanitario e istituzionale, con un processo che richiede tempo e sforzo a diversi livelli, ma che non per questo debba essere ritardato.

TABELLA 1. CARTA DEI DIRITTI DEL PAZIENTE ONCOLOGICO ALL'APPROPRIATO E TEMPESTIVO SUPPORTO NUTRIZIONALE

1 - Diritto alla corretta informazione e al counseling nutrizionale.

Ogni malato oncologico ha diritto a ricevere da parte di personale sanitario con documentate e riconosciute competenze di nutrizione clinica:

- informazioni esaustive, corrette e basate sulle evidenze cliniche riguardo al proprio stato di nutrizione, alle possibili conseguenze a esso associate e alle diverse opzioni terapeutiche nutrizionali;
- un counseling nutrizionale che fornisca indicazioni su come adeguare la propria alimentazione ai principi universalmente riconosciuti come utili nella prevenzione primaria e secondaria dei tumori, in relazione anche alle eventuali comorbidità, terapie mediche, chirurgiche o radioterapiche previste.

2 - Diritto allo screening e alla valutazione dello stato nutrizionale

Ogni malato oncologico ha diritto allo screening nutrizionale finalizzato a individuare l'eventuale presenza del rischio di malnutrizione. Lo screening deve essere eseguito con strumenti validati alla diagnosi e ripetuto sistematicamente da parte dell'equipe curante a intervalli regolari, nel caso di neoplasie, che, per tipologia, stadio o trattamento, possono influenzare negativamente lo stato di nutrizione. Ogni malato a rischio di malnutrizione ha diritto alla valutazione completa e tempestiva del proprio stato nutrizionale da parte di personale sanitario afferente ai Servizi di Nutrizione Clinica o, comunque, con documentate e riconosciute competenze di nutrizione clinica. La valutazione nutrizionale deve essere parte integrante dei percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali elaborati dalle strutture oncologiche.

3 - Diritto alle prescrizioni nutrizionali

Ogni malato oncologico malnutrito e con calo ponderale ha diritto alla prescrizione di un supporto nutrizionale appropriato da parte di personale medico afferente ai Servizi di Nutrizione Clinica o con documentate e riconosciute competenze di nutrizione clinica.

4 - Diritto all'accesso all'integrazione nutrizionale orale

Ogni malato oncologico a rischio di malnutrizione ha diritto, in relazione alle condizioni cliniche e carenziali presenti, su prescrizione di personale medico afferente ai Servizi di Nutrizione Clinica o con documentate e riconosciute competenze di nutrizione clinica, all'accesso gratuito agli integratori nutrizionali orali, compresi i supporti vitaminici e minerali.

5 - Diritto a ricevere una nutrizione artificiale appropriata e tempestiva

La nutrizione artificiale è una metodica terapeutica complessa che richiede competenze mediche specifiche e che può presentare, se non condotta secondo criteri di qualità e sicurezza, complicanze anche gravi. Ogni malato oncologico a rischio di malnutrizione, non in grado di mantenere un soddisfacente stato di nutrizione attraverso il counseling nutrizionale ed eventuali integrazioni, ha diritto a ricevere sia in ospedale, sia nelle strutture residenziali, nell'ambito di un progetto di continuità assistenziale, un appropriato e tempestivo supporto di nutrizione artificiale, su prescrizione di personale medico afferente ai Servizi di Nutrizione Clinica o con documentate e riconosciute competenze di nutrizione clinica.

6 - Diritto a ricevere una nutrizione artificiale domiciliare appropriata e sicura

Ogni malato oncologico che necessita di proseguire il supporto di nutrizione artificiale oltre i termini della degenza ospedaliera ha diritto a ricevere un trattamento di nutrizione artificiale domiciliare appropriato e sicuro, su prescrizione di personale medico afferente ai Servizi di Nutrizione Clinica o con documentate e riconosciute competenze di nutrizione clinica.

7 - Diritto al monitoraggio del supporto nutrizionale

Ogni malato oncologico che necessita di un supporto nutrizionale ha diritto a ricevere la periodica rivalutazione dell'appropriatezza e dell'efficacia del trattamento da parte dell'oncologo e di personale sanitario afferente ai Servizi di Nutrizione Clinica o con documentate e riconosciute competenze di nutrizione clinica, nel contesto di percorsi sanitari integrati e condivisi da équipes multidisciplinari.

8 - Diritto alla cura del sovrappeso associato alle terapie

Ogni malato oncologico ha diritto all'accesso gratuito ai Servizi di Nutrizione Clinica nell'ambito dei percorsi di riabilitazione oncologica durante e dopo i trattamenti attivi, al fine di recuperare il proprio peso ideale, anche in considerazione dell'impatto del sovrappeso sulla prognosi e sul decorso clinico di molte patologie neoplastiche.

9 - Diritto al supporto psicologico

La malnutrizione per difetto e il sovrappeso incidono in modo rilevante sull'immagine corporea del malato e spesso innescano dinamiche intrafamiliari importanti. Ogni malato a rischio di variazioni significative del proprio stato nutrizionale ha diritto a un appropriato e tempestivo supporto psicologico gratuito.

10 - Diritto a partecipare a studi clinici controllati in tema di nutrizione clinica

Ogni malato oncologico ha diritto, se lo desidera, a essere inserito in studi clinici controllati volti a contrastare la malnutrizione nelle diverse fasi della malattia.

Bibliografia di riferimento

1. Hébuterne X, Lemarié E, Michallet, et al. Prevalence of malnutrition and current use of nutrition support in patients with cancer. *JPEN*. 2014; 38:196-204.
2. Van Cutsem E, Arends J. The causes and consequences of cancer-associated malnutrition. *Eur J Oncol Nurs*. 2005; 9: S51-63.
3. Braga M, Sandrucci S. Perioperative nutrition in cancer patients. *Eur J Surg Oncol*. 2016; 42:751-3.
4. Lin J, Peng J, Qdaisat A, Li L, Chen G, Lu Z, Wu X, Gao Y, Zeng Z, Ding P, Pan Z. Severe weight loss during preoperative chemoradiotherapy compromises survival outcome for patients with locally advanced rectal cancer. *J Cancer Res Clin Oncol*. 2016;142:2551-2560.
5. Lu Z, Yang L, Yu J, et al. Change of body weight and macrophage inhibitory cytokine-1 during chemotherapy in advanced gastric cancer: what is their clinical significance? *PLoS One* 2014; 9:e88553.
6. Prado CM, Antoun S, Sawyer MB, Baracos VE. Two faces of drug therapy in cancer: drug-related lean tissue loss and its adverse consequences to survival and toxicity. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2011; 14:250-4.
7. Choi Y, Oh DY, Kim TY, Lee KH, Han SW, Im SA, Kim TY, Bang YJ. Skeletal Muscle Depletion Predicts the Prognosis of Patients with Advanced Pancreatic Cancer Undergoing Palliative Chemotherapy, Independent of Body Mass Index. *PLoS One*. 2015; 10:e0139749.
8. Kumar A, Moynagh MR, Multinu F, Cliby WA, McGree ME, Weaver AL, Young PM, Bakkum-Gamez JN, Langstraat CL, Dowdy SC, Jatoi A, Mariani A. Muscle composition measured by CT scan is a measurable predictor of overall survival in advanced ovarian cancer. *Gynecol Oncol*. 2016; 142:311-6.
9. Aoyama T, Kawabe T, Fujikawa H, Hayashi T, Yamada T, Tsuchida K, Yukawa N, Oshima T, Rino Y, Masuda M, Ogata T, Cho H, Yoshikawa T. Loss of Lean Body Mass as an Independent Risk Factor for Continuation of S-1 Adjuvant Chemotherapy for Gastric Cancer. *Ann Surg Oncol*. 2015; 22:2560-6.
10. Anandavadivelan P, Brismar TB, Nilsson M, Johar AM, Martin L. Sarcopenic obesity: A probable risk factor for dose limiting toxicity during neo-adjuvant chemotherapy in oesophageal cancer patients. *Clin Nutr*. 2016; 35:724-30.
11. Jung HW, Kim JW, Kim JY, Kim SW, Yang HK, Lee JW, Lee KW, Kim DW, Kang SB, Kim KI, Kim CH, Kim JH. Effect of muscle mass on toxicity and survival in patients with colon cancer undergoing adjuvant chemotherapy. *Support Care Cancer*. 2015; 23:687-94.
12. Strulov Shachar S, Deal AM, Weinberg M, Nyrop KA, Williams GR, Nishijima TF, Benbow JM, Muss HB. Skeletal Muscle Measures as Predictors of Toxicity, Hospitalization, and Survival in Patients with Metastatic Breast Cancer Receiving Taxane Based Chemotherapy. *Clin Cancer Res*. 2016 Aug 3. pii:clincanres.0940.2016. [Epub ahead of print]
13. Xiao DY, Luo S, O'Brian K, Ganti A, Riedell P, Sanfilippo KM, Lynch RC, Liu W, Carson KR. Impact of sarcopenia on treatment tolerance in United States veterans with diffuse large B-cell lymphoma treated with CHOP-based chemotherapy. *Am J Hematol*. 2016; 91:1002-7.
14. Suzuki Y, Okamoto T, Fujishita T, Katsura M, Akamine T, Takamori S, Morodomi Y, Tagawa T, Shoji F, Mahara Y. Clinical implications of sarcopenia in patients undergoing complete resection for early non-small cell lung cancer. *Lung Cancer*. 2016; 101:92-97.
15. Skipper A, Ferguson M, Thompson K, et al. Nutrition screening tools: an analysis of the evidence. *JPEN*. 2012; 36: 292-8.
16. Paccagnella A, Morassutti I, Rosti G. Nutritional intervention for improving treatment tolerance in cancer patients. *Curr Opin Oncol*. 2011; 23:322-30.
17. Bozzetti F. Nutritional support of the oncology patient. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2013; 87: 172-200.
18. August DA, Huhmann MB; American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN) Board of Directors. ASPEN clinical guidelines: nutrition support therapy during adult anticancer treatment and in hema-

- topoietic cell transplantation. *JPEN*. 2009; 33:472-500.
19. Bozzetti F, Arends J, Lundholm K, et al. ESPEN guidelines on parenteral nutrition: non-surgical oncology. *Clin Nutr*. 2009; 28: 445-54.
 20. Arends J, Bodoky G, Bozzetti F, et al. ESPEN guidelines on enteral nutrition: non-surgical oncology. *Clin Nutr*. 2006; 25: 245–259.
 21. Spiro A, Baldwin C, Patterson A, et al. The views and practice of oncologists towards nutritional support in patients receiving chemotherapy. *Br J Cancer*. 2006; 95:431-4.
 22. Martin L, de van der Schueren MA, Blauwhoff-Buskermolen S, Baracos V, Gramlich L. Identifying the Barriers and Enablers to Nutrition Care in Head and Neck and Esophageal Cancers: An International Qualitative Study. *JPEN* 2016; 40:355-66.
 23. Caccialanza R, Cereda E, Pinto C, Cotogni P, Farina G, Gavazzi C, Gandini C, Nardi M, Zagonel V, Pedrazzoli P. Awareness and consideration of malnutrition among oncologists: Insights from an exploratory survey. *Nutrition*. 2016; 32:1028-32.
 24. Sierpina V, Levine L, McKee J, et al. Nutrition, metabolism, and integrative approaches in cancer survivors. *Semin Oncol Nurs*. 2015; 31:42-52.
 25. Playdon MC, Bracken MB, Sanft TB, Ligibel JA, Harrigan M, Irwin ML. Weight Gain After Breast Cancer Diagnosis and All-Cause Mortality: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Natl Cancer Inst*. 2015 Sep 30; 107(12):djv275.
 26. Christifano DN, Fazzino TL, Sullivan DK, Befort CA. Diet Quality of Breast Cancer Survivors after a Six-Month Weight Management Intervention: Improvements and Association with Weight Loss. *Nutr Cancer*. 2016;68:1301-1308.
 27. Bhaskar AK. Interventional management of cancer pain. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2012; 6:1-9.
 28. Reddy A, Yennurajalingam S, Bruera E. “Whatever my mother wants”: barriers to adequate pain management. *J Palliat Med*. 2013; 16:709-12.
 29. Fisch MJ, Lee JW, Weiss M, Wagner LI, Chang VT, Cella D, Manola JB, Minasian LM, McCaskill-Stevens W, Mendoza TR, Cleeland CS. Prospective, observational study of pain and analgesic prescribing in medical oncology outpatients with breast, colorectal, lung, or prostate cancer. *J Clin Oncol*. 2012; 30:1980-8.
 30. Zagonel V, Torta R, Franciosi V, Brunello A, Biasco G, Cattaneo D, Cavanna L, Corsi D, Farina G, Fioretto L, Gamucci T, Lanzetta G, Magarotto R, Maltoni M, Mastromauro C, Melotti B, Meriggi F, Pavese I, Piva E, Sacco C, Tonini G, Trentin L, Ermacora P, Varetto A, Merlin F, Gori S, Cascinu S, Pinto C; AIOM Simultaneous & Continuous Care (SCC) Task Force-ESMO-DCs.. Early Integration of Palliative Care in Oncology Practice: Results of the Italian Association of Medical Oncology (AIOM) Survey. *J Cancer*. 2016; 7:1968-1978.
 31. Amano K, Maeda I, Morita T, Okajima Y, Hama T, Aoyama M, Kizawa Y, Tsuneto S, Shima Y, Miyashita M. Eating-related distress and need for nutritional support of families of advanced cancer patients: a nationwide survey of bereaved family members. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2016; 7:527-534.
 32. Caccialanza R, Pedrazzoli P, Cereda E, Gavazzi C, Pinto C, Paccagnella A, et al. Nutritional support in cancer patients: a position paper from the Italian Society of Medical Oncology (AIOM) and the Italian Society of Artificial Nutrition and Metabolism (SINPE). *J Cancer* 2016; 7:131-135.