

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.