



Firenze, 29 giugno 2017 – La presenza di neoplasia può avere conseguenze negative sullo stato nutrizionale del paziente. Il 20% dei pazienti affetti da neoplasia, circa 2 milioni di individui, non supera la malattia per le gravi conseguenze della malnutrizione.

Un ruolo centrale e determinante spetta alla nutrizione clinica e artificiale dei pazienti oncologici con deterioramento nutrizionale dovuto alla stessa neoplasia in corso, allo stress chirurgico e al ridotto introito calorico.

“La malnutrizione non può più essere considerata un ineluttabile effetto collaterale della malattia a cui rassegnarsi; essa è, infatti, prevenibile e reversibile a patto che l’intervento nutrizionale sia il più tempestivo possibile, divenendo parte integrante delle cure oncologiche – è la tesi del presidente della SINuC, prof. Maurizio Muscaritoli, in discussione oggi in Tavola rotonda al 2° Congresso nazionale della Società a Firenze – La perdita di peso, aumenta la tossicità indotta dalla radio-chemioterapia, peggiora la sensibilità delle cellule tumorali al trattamento antineoplastico, indebolisce le difese dell’organismo, aumenta la frequenza e la durata dei ricoveri, provoca aumento delle complicanze post-operatorie e scadimento della qualità di vita”.

Accanto all’innovazione tecnologica, negli ultimi anni l'oncologia ha fatto molti passi avanti nella scoperta e conseguente impiego clinico di nuovi farmaci (a bersaglio molecolare e immunitari) che hanno aumentato l'aspettativa di vita del paziente anche in fase avanzata, determinando una cronicizzazione della malattia e quindi la sopravvivenza.

Nel complesso scenario individuato dalla European Association for Palliative Care - EAPC delle cure palliative, terapie di supporto anche psicologiche alla tossicità di trattamenti chemio e radioterapici, s’inseriscono oggi le cure simultanee in ambito ambulatoriale, che prevedono la collaborazione di medici e infermieri ospedalieri e medici e infermieri che operano sul territorio nel gestire il percorso del paziente e della sua patologia cronica.

“Nel 20% dei casi i problemi metabolico-nutrizionali possono costituire una ‘malattia nella malattia’. La perdita di peso può essere causata da perdita di appetito; difficoltà a deglutire il cibo; ostruzione al passaggio del cibo in un tratto dell’apparato digerente; alterata capacità di digerire o assorbire i cibi; conseguenze delle terapia antineoplastiche (nausea, vomito, diarrea, infiammazioni del cavo orale dovute a chemio o radioterapia o alla chirurgia); ansia, paura e depressione.

Infine, le alterazioni del metabolismo, spesso indotte dal tumore, sono responsabili di uno ‘spreco’ di calorie e di muscolo con conseguente perdita di peso e quindi di forza fisica, nonché di maggiore affaticamento. Per prevenire la perdita di peso e di forza fisica possono essere realizzati virtualmente tutti i tipi di trattamento nutrizionale, a partire dalla prescrizione di un’adeguata dieta alimentare, all’integrazione con prodotti specifici per bocca, fino alla nutrizione artificiale, parenterale o enterale in ospedale o a domicilio. Se il paziente è ancora in grado di alimentarsi adeguatamente per la via naturale, è certamente consigliata l’elaborazione di un piano dietetico personalizzato, il più possibile rispondente alle sue preferenze.

Molto spesso, invece, il paziente neoplastico è sì in grado di alimentarsi normalmente, ma in quantità insufficienti a soddisfare i fabbisogni nutrizionali a causa dell’anoressia o delle conseguenze gastro-intestinali delle terapie. A seconda della situazione clinica, l’apporto calorico ritenuto adeguato dovrebbe essere di circa 30 kcal per kg di peso al giorno ed quello proteico di circa 1.2 g per kg di peso al giorno. Valori inferiori, molto frequentemente riscontrati nei malati oncologici anche al momento della diagnosi, devono essere ritenuti a rischio di malnutrizione. Un introito calorico inferiore al 50-75% dei fabbisogni per un periodo uguale o superiore a 7 giorni richiede un intervento di nutrizione artificiale”, prosegue il prof. Muscaritoli “

“Considerata la patogenesi multifattoriale della malnutrizione (per difetto e per eccesso) nel malato oncologico, è indispensabile considerare le cure nutrizionali come parte integrante di un approccio multimodale e multiprofessionale che comprenda, in maniera variamente combinata, il supporto nutrizionale, la terapia farmacologica e l’attività fisica. Quest’ultima indispensabile per consentire il mantenimento ed il recupero della massa e della funzione muscolare – conclude Muscaritoli – Screening e valutazione nutrizionale devono entrare a far parte della valutazione multidimensionale del malato oncologico, durante tutto il percorso terapeutico, ‘attivo’ e ‘palliativo’ ed infine, la presa in carico nutrizionale del malato oncologico va effettuata al momento della diagnosi di malattia e proseguita successivamente, come codificato nel cosiddetto “percorso parallelo metabolico-nutrizionale per il malato oncologico”.

Diverso è il caso delle cure di fine vita, quando le linee guida suggeriscono un approccio rispettoso e appropriato, anche secondo l’associazione internazionale Choosing Wisely si raccomanda di ‘non iniziare e non proseguire una Nutrizione Artificiale (per via parenterale o enterale) nei pazienti oncologici con malattia inguaribile in fase avanzata, aspettativa di vita inferiore a poche settimane. Non esistono ad oggi evidenze da studi osservazionali o sperimentali che ne dimostrino l’efficacia in termini di aumentata sopravvivenza o migliore qualità di vita in questa situazione clinica.

## I DATI

In Italia 4 cittadini su 10 cioè 23,6 milioni di persone si dichiarano malati cronici, secondo i dati del rapporto Osservasalute 2017 dell’ Università Cattolica di Roma. Persone che richiedono assistenza sanitaria, e che hanno bisogno di cure palliative, simultanee e di supporto. Nelle fasi finali della vita,

seguendo l'evoluzione attuativa della L. 38/2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore".

Tra questi, i pazienti oncologici rappresentano la parte più sensibile: stando al *Rapporto sullo Stato dell'oncologia in Italia 2017* presentato in aprile al Senato, si stima che nel 2016 siano stati diagnosticati 365.800 nuovi casi di tumore, di cui 189.600 (54%) negli uomini e 176.200 (46%) nelle donne e, mediamente, ogni giorno oltre 485 persone muoiono in Italia a causa di una neoplasia.