

# CONSENSUS DOCUMENT

## Ruolo della nutrizione in oncologia

**Prof. Paolo Bossi**

Professore Associato di Oncologia Medica - Università di Brescia



# Premessa



## I NUMERI DELLA MALNUTRIZIONE

Circa il **30-50%** dei pazienti oncologici è **malnutrito** o a rischio malnutrizione.



## PAZIENTI A > RISCHIO

Pazienti con **tumori del pancreas (77%)**, **gastroesofagei (69%)**, **gastrointestinali (62%)**, dell'**apparato respiratorio (60%)** e **testa-collo (48%)**.



## LE CONSEGUENZE

È causa di: > complicanze post-operatorie, < PFS, < OS e < qualità di vita.

**PFS:** sopravvivenza libera da progressione di malattia;

**OS:** sopravvivenza globale.

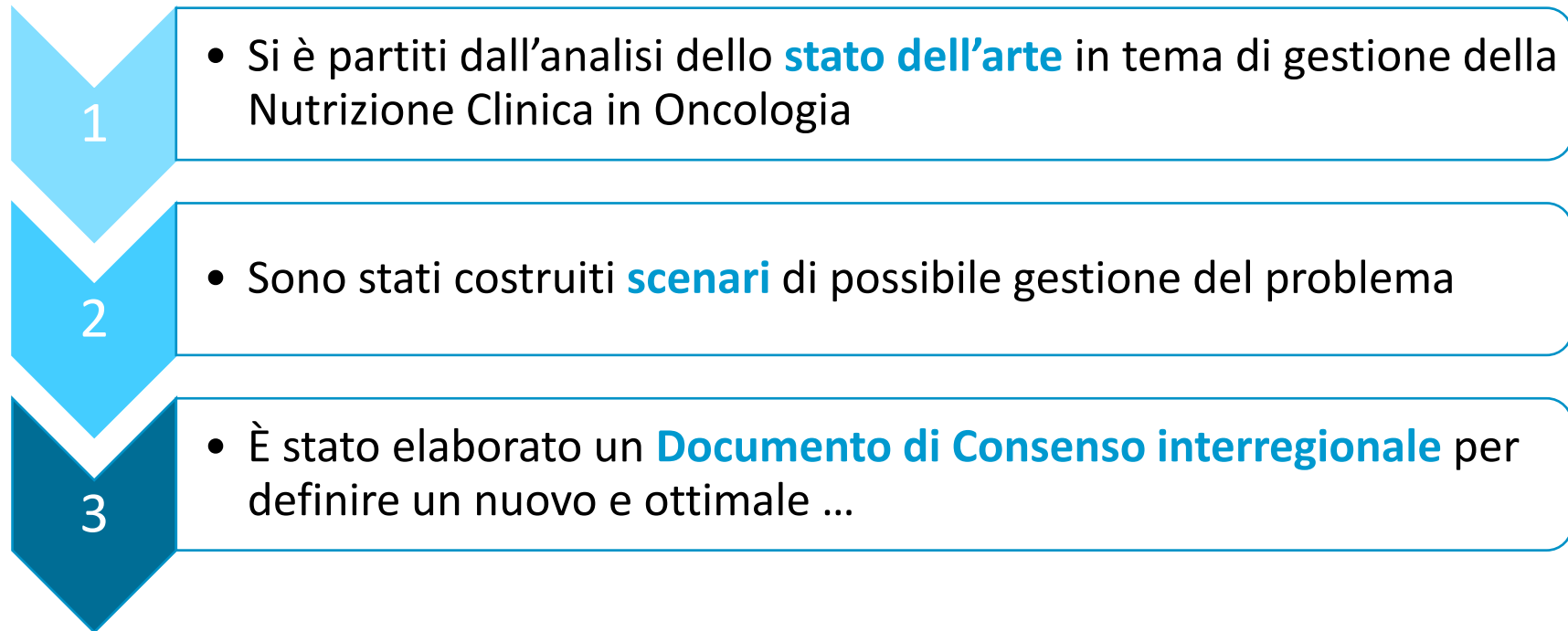


## LE CRITICITÀ

- Diagnosi e presa in carico
- Gestione del problema nutrizionale
- Monitoraggio dello stato nutrizionale
- Mancanza di protocolli condivisi
- Bassi livelli di competenza e consapevolezza
- Carenza di risorse.

**Come costruire un modello per la presa in carico comune da parte di più professionisti per la valutazione e il trattamento della malnutrizione?**

# Modalità di costruzione del documento



**MODELLO DI GESTIONE DEL PAZIENTE CON TUMORE TESTA-COLLO O GASTRO-INTESTINALE, CHE PRESENTA PROBLEMI DI NUTRIZIONE**

# Obiettivi del documento di consenso



Migliorare la gestione del paziente con tumore testa-collo e gastro-intestinale, **inserendo nel panorama dei trattamenti anche la nutrizione clinica**, prevedendo sempre il coinvolgimento, nel team multidisciplinare, di un **esperto in nutrizione clinica**.



Favorire una maggiore **collaborazione e coordinamento** tra tutti i soggetti coinvolti nelle cure, dall' **ospedale al territorio**, consentendo l'intercettazione precoce dei casi e l'indirizzamento alla gestione più appropriata



Elevare il **livello di informazione, formazione e consapevolezza** sul problema e sui suoi possibili trattamenti, sia lato paziente che lato clinico.

# Modalità costruzione documento

## TARGET

- Oncologo TC/GI
- Chirurgo Oncologo TC/GI
- Radioterapista
- Esperto in Nutrizione Clinica
- Infermiere
- Caregiver/Paziente



*40 interviste  
One-to-One*

## GRUPPI DI LAVORO

**ADVISORY STRATEGIC BOARD**

**CONSENSUS BOARD**

**CONSENSUS CONFERENCE INTERREGIONALE**



# I RISULTATI

Il gruppo di lavoro ha votato **13 statement di consenso** relativi a:

**Appropriatezza degli interventi sanitari**

**Adeguate formazione degli operatori sanitari**

**Aumento dell'awareness**

**Screening nutrizionale**

**Il percorso di cura e gestione**

**Il team multidisciplinare**

**Il ruolo dell'esperto in nutrizione clinica**

**Il percorso chirurgico**

**Coinvolgimento dei medici di Medicina Generale**

**Monitoraggio dello stato nutrizionale**

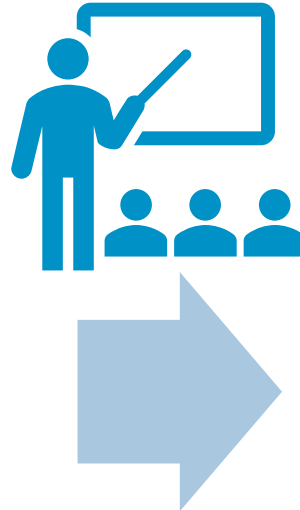
**Attenzione al paziente, aderenza al trattamento e alleanza terapeutica**

**Nutrizione Artificiale Domiciliare**

**Accesso ai supporti nutrizionali**

# Come migliorare e uniformare le conoscenze sulle problematiche nutrizionali tra gli operatori sanitari?

Agire tempestivamente e attuare le **procedure più efficaci**, il personale sanitario necessita un'**adeguata formazione**.



Investire nella **formazione di tutti gli operatori** sia a livello universitario/post-universitario che mediante:

- **corsi di formazione interna rivolti a tutte le figure sanitarie** coinvolte (chirurgo, oncologo, radioterapista e infermiere) tenuti da esperti nella gestione e nel trattamento della nutrizione clinica in oncologia
- **incontri formativi rivolti ai medici di Pronto Soccorso** per aumentare la sensibilità e la conoscenza delle problematiche nutrizionali dei pazienti oncologici.

# Come aumentare la **consapevolezza del rischio di malnutrizione** nei pazienti oncologici da parte del personale sanitario?

## **Inserire in cartella clinica la compilazione obbligatoria di score**

per una prima valutazione (e successive rivalutazioni) di:

- stato nutrizionale (PG-SGA, l'MST o l'MNA)
- peso, altezza, calcolo del **Body Mass Index (BMI)**
- **anamnesi ponderale**
- **anamnesi alimentare** (se possibile)



Prevedere **audit periodici** nei quali vengano illustrati **criticità e risultati** dei percorsi implementati.




# Come ottimizzare e uniformare il percorso di cura e la gestione del problema nutrizionale?

Sono stati definiti percorsi di cura e protocolli condivisi che stabiliscano ruoli e responsabilità di tutti gli attori coinvolti nella gestione del paziente oncologico malnutrito e che comprendano la definizione di situazioni ad alto rischio di malnutrizione per le quali sia sempre previsto il counseling o l'intervento nutrizionale, secondo l'approccio raccomandato dalle linee guida delle società scientifiche:

	Condizioni da monitorare	Intervento raccomandato dalle linee guida	Figura coinvolta
I	<b>Calo ponderale involontario:</b> 0-5% nell'arco degli ultimi 30 giorni	<b>Counseling nutrizionale</b>	<b>Dietista</b>
II	<b>Calo ponderale</b> > 5% o condizioni rilevate di rischio nutrizionale	<b>ONS</b> (supplementi nutrizionali orali) o <b>NE</b> (nutrizione enterale)	<b>Dietista (ONS) o Medico nutrizionista (NE)</b>
III	<b>Alimentazione per os</b> < 60% del fabbisogno per > 1-2 settimane. Rilevare eventuale insorgenza di disfagia. Porre particolare attenzione in pazienti irradiati per tumore della testa e del collo. <b>EAT 10:</b> il test più usato.	<b>Nutrizione artificiale</b> (preferibilmente NE)	<b>Medico Nutrizionista</b>

# Come evitare che le problematiche nutrizionali interferiscano con il percorso chirurgico del paziente oncologico?

Per la valutazione e gestione delle problematiche nutrizionali del paziente oncologico che deve sottoporsi a **intervento chirurgico**, si auspica l'implementazione del **protocollo ERAS** (Enhanced Recovery After Surgery) che, sebbene richieda sforzi logistici e organizzativi, permette un'**ottimale gestione del percorso post-operatorio** e una **riduzione dei tempi di ospedalizzazione** e del **consumo di risorse**.



È auspicabile che le Direzioni Sanitarie deliberino l'istituzione di una **task force multidisciplinare** aziendale (chirurgo, anestesista, infermiere, dietista, farmacista, fisioterapista, logopedista).

# Qual è il ruolo del MMG e del territorio nella gestione delle problematiche nutrizionali dei pazienti oncologici?

Il **Medico di Medicina Generale**, se adeguatamente formato e informato, dovrebbe svolgere un ruolo importante per **l'intercettazione e il monitoraggio dello stato nutrizionale del paziente oncologico**.

A questo scopo sarebbe utile prevedere **corsi di formazione a loro dedicati** e l'inserimento di **score di valutazione dello stato nutrizionale** all'interno della cartella clinica informatizzata, per una più rapida ed **efficace condivisione delle informazioni**.

Una **maggiore integrazione tra ospedale e territorio** è inoltre auspicabile al fine di garantire la continuità delle cure e il monitoraggio dello stato nutrizionale del paziente.

In questo senso è anche auspicabile la valorizzazione e il **coinvolgimento della figura dell'infermiere** di famiglia (laddove presente) che possa seguire il paziente anche dopo le dimissioni e possa segnalare precocemente eventuali stati di malnutrizione.

# Come gestire al meglio la **Nutrizione Artificiale Domiciliare** garantendo al paziente la continuità di un adeguato supporto nutrizionale?

## CENTRI NUTRIZIONALI

- L'implementazione di **centri nutrizionali/servizi di nutrizione clinica** è fondamentale nella corretta attivazione e gestione della Nutrizione Artificiale Domiciliare mediante l'attivazione di **controlli periodici** e la **gestione e pulizia dei device**.

## CENTRI ENDOSCOPICI

- Il **corretto posizionamento della PEG** influisce sulla **compliance del paziente** nei confronti della nutrizione artificiale, è pertanto auspicabile l'individuazione di centri endoscopici di riferimento.

# Come garantire l'accesso ai supporti nutrizionali a tutti i pazienti?



È fondamentale aumentare l'attenzione dei decisori pubblici in merito all'importanza degli **ONS (Oral Nutritional Supplements)** come terapia



Per evitare che la spesa ricada sulla disponibilità economica del singolo cittadino e per dare uniformità di cure ai pazienti, le **terapie nutrizionali dovrebbero essere erogate gratuitamente su prescrizione medica specialistica e inserite nei LEA.**



In questo modo **ne gioverebbe anche l'aderenza del paziente alla terapia nutrizionale** che non verrebbe sostituita da altri integratori meno costosi e più accessibili.

# Conclusioni

- Il documento di consenso vuole definire alcune **pratiche necessarie per la migliore gestione condivisa dell'approccio al problema nutrizionale nel paziente oncologico**
- Si riconoscono le **disparità esistenti a livello territoriale e la non omogeneità** delle scelte in ambito nutrizionale
- La diffusione del documento può permettere una **maggiore attenzione al problema** e la creazione di **gruppi di lavoro sul territorio** che permettano di attuare percorsi di screening e trattamento della malnutrizione e possano fare pressione presso i decisori per migliorare la diffusione delle buone pratiche in questo campo.