



Giornate Catanesi di Nutrizione Clinica
10|11 Maggio 2019

«LA NUTRIZIONE E LA MALATTIA»

La cultura del cibo in corso di terapia antiblastica

Serena Cubisino

La nutrizione nella malattia oncologica è
questione apparentemente complessa e
controversa



Il rapporto fra neoplasie e nutrizione è
biunivoco

Se è documentato come comportamenti nutrizionali scorretti siano in grado di favorire la comparsa di neoplasie è altrettanto dimostrato come la presenza di un tumore giochi una notevole importanza sul metabolismo ospite, determinando una serie di conseguenze direttamente e/o indirettamente correlabili all'out-come della malattia

Oggi, nonostante la maggioranza dei pazienti oncologici chieda informazioni circa l'alimentazione, le risposte spesso non sono esaustive o creano ulteriore confusione al malato



La figura del nutrizionista raramente è presente fin dall'inizio del percorso e in vari casi non compare neppure successivamente.

CALO PONDERALE



- In ambito oncologico l'alimentazione non possiede e non vuole avere etichetta: non è vegetariana, vegana, alcalina, paleo o quant'altro.



- Essa non è altro che l'insieme del patrimonio culturale che vede il cibo protagonista del benessere sia in condizioni di buona salute che di malattia

Importanza dell'alimentazione

Prevenzione

Effetti collaterali
chemioterapia

Recidive

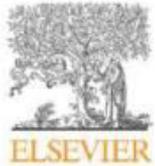
La selezione degli alimenti, insieme alla loro distribuzione nel corso della giornata influiscono sul decorso della malattia

L'approccio dietetico nella malattia neoplastica
va rigorosamente disegnato in funzione di
una serie di parametri:

- Stato nutrizionale del paziente
 - Stadio della malattia
- Terapie radio-chemio in atto o eseguite

**Il paziente oncologico è un
paziente a rischio nutrizionale**

Nella storia naturale della malattia neoplastica compare frequentemente un'alterazione dello stato di nutrizione



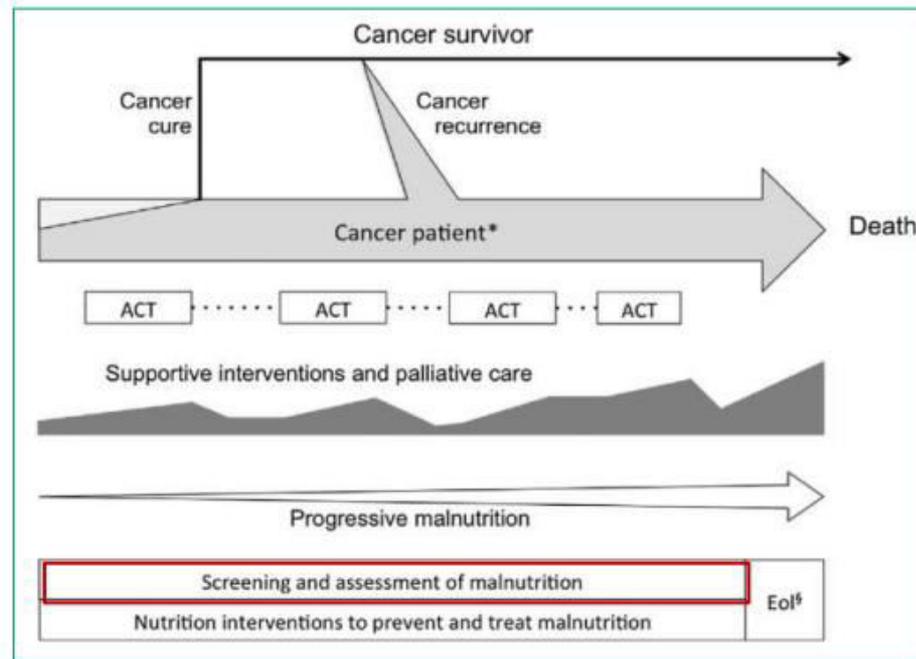
Contents lists available at [ScienceDirect](http://www.elsevier.com/locate/clinu)

Clinical Nutrition

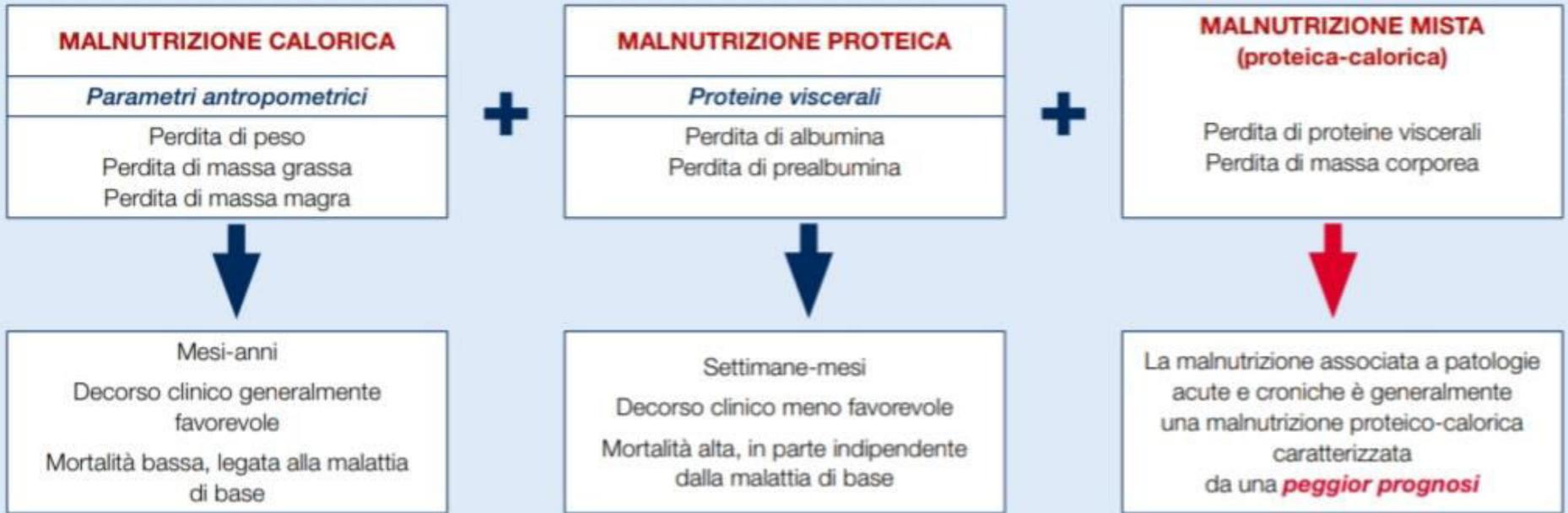
journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/clinu>



ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients[☆]



Arends J et al. 2016 *in press*



Dal punto di vista clinico è in grado di influenzare gli indici di morbilità e mortalità associate al tumore ed aumentare la tossicità della chemioterapia impedendone il completamento

La malnutrizione per difetto è considerata
“malattia nella malattia” con cui si stima
convivano 33 milioni di persone in Europa con
un costo sociale di circa 120 miliardi di euro

Possibili cause eziologiche della malnutrizione del paziente neoplastico

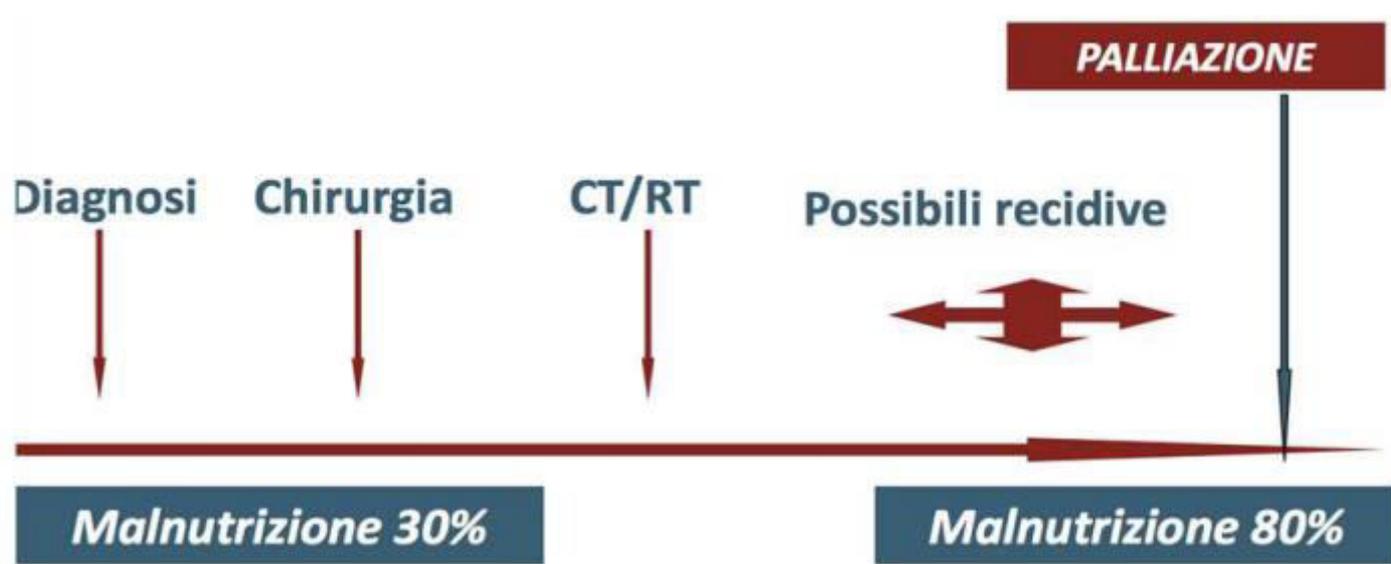
Cause legate al tumore	Cause legate alla terapia
Anoressia	Anoressia
Alterazione del gusto	Nausea e vomito
Disfagia	Mucosite
Sazietà precoce	Anosmia
Ostruzione intestinale	Disfunzione della masticazione e deglutizione
Malassorbimento	Ulcerazioni e infezioni cavità orale
Alterazione del metabolismo	Malassorbimento indotto dagli interventi diagnostici e terapeutici
Mediatori dello stato cachessia neoplastica	

Prevalenza malnutrizione

- PANCREAS 80-85%
- STOMACO 65-85%
- TESTA- COLLO 65-75%
- ESOFAGO 60-80%
- POLMONE 45-60%
- COLON-RETTO 30-60%
- GINECOLOGICI 15%
- UROLOGICI 10%

(Fearon KC, Clin Nutr 2012)

Malnutrizione e stadio malattia



Malnutrizione: depauperamento delle riserve energetiche, proteiche e di altri nutrienti, tale da determinare alterazioni della composizione corporea, o delle funzioni biologiche, aumentando il rischio di morbidità e mortalità

KAIKANI W, ET AL. BULL CANCER 2009

La prevalenza della perdita di peso è clinicamente significativa e supera di gran lunga quel 5% che oggi è definito come cut-off per la cachessia

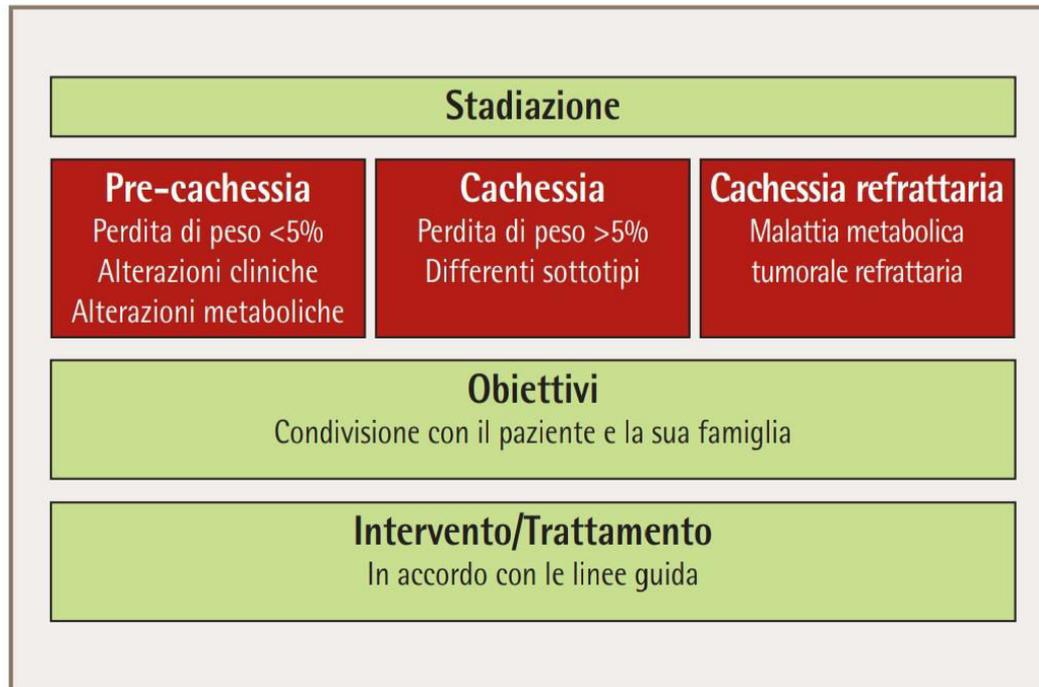


Tabella I. La pre-cachessia (da: Blum D. 2010; mod.).

MALNUTRIZIONE: IMPATTO CLINICO

Aumenta morbilità, mortalità e costi sanitari

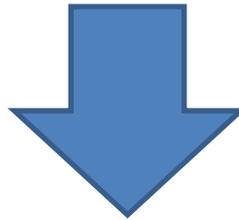
- ✓ Più complicanze:
 - ✓ infezioni
 - ✓ ritardata guarigione delle ferite
 - ✓ piaghe da decubito...
 - ✓ ↓ della capacità funzionale
 - ✓ ↓ della qualità di vita
- 

- ✓ Maggior numero di ospedalizzazioni
- ✓ Più lunga durata di degenza
- ✓ Mortalità più elevata
- ✓ ↑ dei costi sanitari



Dati SINPE-ADI 2013

- 180 mila decessi/anno
- 35.000 avvengono a causa di malnutrizione



**Considerare il rischio di malnutrizione
fin dalla diagnosi**

Indagine Ecpc

- 72% problemi di alimentazione durante la malattia
- 37% si ritiene adeguatamente informato relativamente alla dieta da seguire nel corso delle cure

Indagine Favo

Un paziente su tre segue una dieta personalizzata



Oncotarget

Open Access Impact Journal

[Oncotarget](#). 2017 Oct 3; 8(45): 79884–79896.

Published online 2017 Aug 10. doi: [10.18632/oncotarget.20168](https://doi.org/10.18632/oncotarget.20168)

PMCID: PMC5668103

PMID: [29108370](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29108370/)

Prevalence of malnutrition in patients at first medical oncology visit: the PreMiO study

[Maurizio Muscaritoli](#),¹ [Simone Lucia](#),¹ [Alessio Farcomeni](#),² [Vito Lorusso](#),³ [Valeria Saracino](#),³ [Carlo Barone](#),⁴ [Francesca Plastino](#),⁴ [Stefania Gori](#),⁵ [Roberto Magarotto](#),⁵ [Giacomo Carteni](#),⁶ [Bruno Chiurazzi](#),⁶ [Ida Pavese](#),⁷ [Luca Marchetti](#),⁷ [Vittorina Zagonel](#),⁸ [Eleonora Bergo](#),⁸ [Giuseppe Tonini](#),⁹ [Marco Imperatori](#),⁹ [Carmelo Iacono](#),¹⁰ [Luigi Maiorana](#),¹⁰ [Carmine Pinto](#),¹¹ [Daniela Rubino](#),¹¹ [Luigi Cavanna](#),¹² [Roberto Di Cicilia](#),¹² [Teresa Gamucci](#),¹³ [Silvia Quadrini](#),¹³ [Salvatore Palazzo](#),¹⁴ [Stefano Minardi](#),¹⁴ [Marco Merlano](#),¹⁵ [Giuseppe Colucci](#),¹⁶ [Paolo Marchetti](#),^{17,18} and on behalf of the PreMiO Study Group¹⁹

Studio Premio



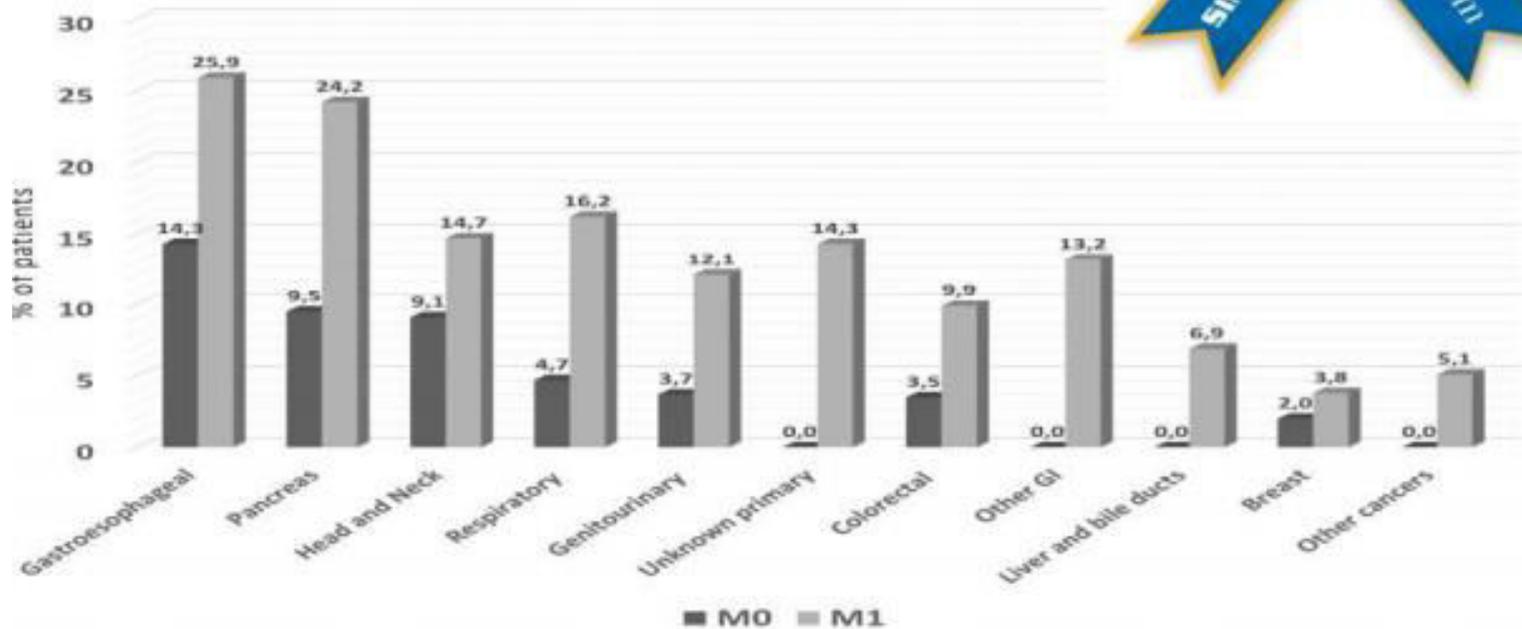
Studio osservazionale in 22 dh italiani, 1952
pazienti intervistati alla prima visita

- 65% calo peso ultimi 6 mesi (*53 vs 76,2)
- **51% problemi nutrizionali**
- **43% a rischio malnutrizione** (* 36,6 vs 48,8)
- 40% segnalano anoressia
- 9% malnutriti (*3,5 vs 13,6)

Indagine condotta nei day-hospital oncologici italiani

(anno 2013, in 1952 pazienti)

Overt malnutrition by cancer site and



Muscaritoli et al. submitted

Pazienti metastatici



- 69% sazietà precoce
- 40% cambiamenti di gusto
- 32% nausea/vomito
- 29% Avversione al cibo
- 16% disturbi del comportamento alimentare

La maggior parte dei pazienti ha già carenza nutrizionale alla diagnosi

Le poche settimane che intercorrono fra la diagnosi e l'inizio del piano terapeutico bastano a compromettere ulteriormente la condizione nutrizionale, al punto da rendere difficile l'avvio della cura.

Problema importante, spesso non riconosciuto



- Pochi sforzi per creare consapevolezza su larga scala
- medici, farmacisti e infermieri carenti di conoscenze specifiche (o di formazione adeguata) circa i rischi associati alla malnutrizione ed i benefici della supplementazione nutrizionale



- mancato riconoscimento della nutrizione come elemento fondamentale nel trattamento generale del paziente



- insufficiente organizzazione dei servizi nutrizionali
- esempio mancanza di un team che si occupi di tematiche nutrizionali
- mancanza di politiche gestionali e di protocolli di trattamento inerenti la malnutrizione,
- scarso coordinamento tra ospedale e servizi sociali e mancanza di follow-up a domicilio



Indagine tra le oncologie d'Italia (2015)

- Scarsa sensibilità degli oncologi al problema
- Scarsa collaborazione tra oncologi e nutrizionisti
- Discreta presenza (65%) dei servizi
- Nel 49% utilizzati solo su richiesta del paziente
- Per il 95% degli oncologi intervistati, **lo stato nutrizionale risulta decisivo/cruciale per la scelta del trattamento oncologico.**

Caccialanza R. et al. Nutrition 32:1028,2016

L'attenzione degli oncologi allo stato nutrizionale dei loro pazienti non è elevata.

- ❖ Mancanza di linee guida chiare
- ❖ Scarsa conoscenza del problema
- ❖ Mancanza di tempo (influisce per il 60%)
 - ❖ Scarsa priorità

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

Razionale del supporto nutrizionale in oncologia

The scientific rationale for optimizing nutritional support in cancer

Richard J.E. Skipworth and Kenneth C.H. Fearon

Cancer patients lose weight as a result of the anorexia-cachexia syndrome, and this weight loss is associated with significant morbidity and mortality. Thus, nutritional support to arrest or reverse weight loss is of paramount importance in the management of Cachexia cancer patients. Persistent tumour-induced metabolic changes result, however, in a suboptimal response to such support, making nutritional maintenance or improvement difficult targets to achieve. Mechanisms involved in the blockade to anabolism in cancer cachexia include alterations in skeletal muscle and hepatic protein metabolism, and reduced physical activity. Mediators underlying these mechanisms of weight loss include proinflammatory cytokines, tumour-specific cachectic factors, and neuroendocrine mediators of muscle catabolism. The complex mix of different mediators renders unimodal nutritional intervention a strategy that is unlikely to succeed completely.

Therefore, clinical trials using combination therapies or immunonutrition are required for future success. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 19:371–377 © 2007 Lippincott Williams & Wilkins.

European Journal of Gastroenterology & Hepatology 2007, 19:371–377

Keywords: anorexia, cachexia, cancer, muscle, nutrition, proinflammatory cytokine

Clinical and Surgical Sciences (Surgery), School of Clinical Sciences and Community Health, The University of Edinburgh, Royal Infirmary, Edinburgh, UK

Correspondence to Professor Kenneth C.H. Fearon, Clinical and Surgical Sciences (Surgery), The University of Edinburgh, Royal Infirmary, 51 Little France Crescent, Edinburgh EH16 4SA, UK
Tel: +44 131 242 3615; fax: +44 131 242 3617; e-mail: k.fearon@ed.ac.uk

Received 29 December 2005 Accepted 30 August 2006

Finalità della terapia nutrizionale nel paziente oncologico

- Prevenire- trattare la malnutrizione
- Migliorare la tolleranza alle terapie
- Migliorare la qualità di vita

Lo stato nutrizionale del paziente deve essere valutato all'inizio dell'iter terapeutico e monitorato durante il trattamento!!!

Nutrizione nel paziente in fase terapeutica

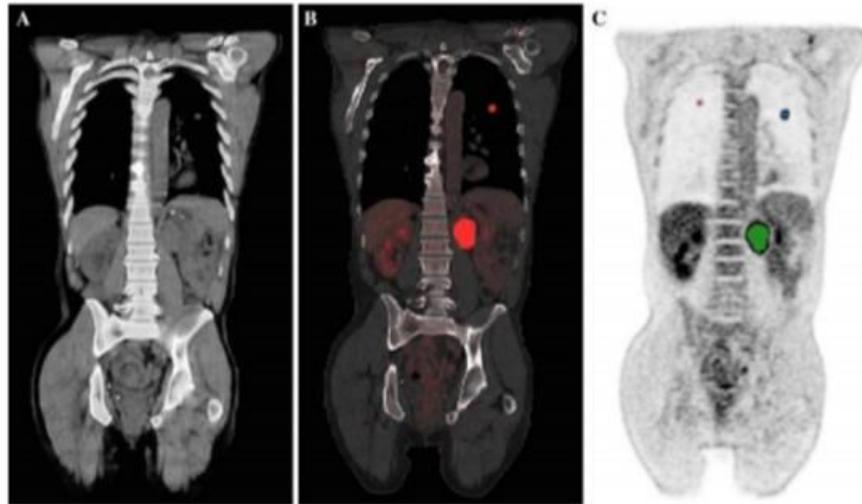
Durante le terapie oncologiche, le esigenze nutrizionali del paziente possono essere soggette a variazioni.



Proporre una soluzione dietetico-nutrizionale che sia il più possibile personalizzata, adeguata, fattibile e psicologicamente accettata.

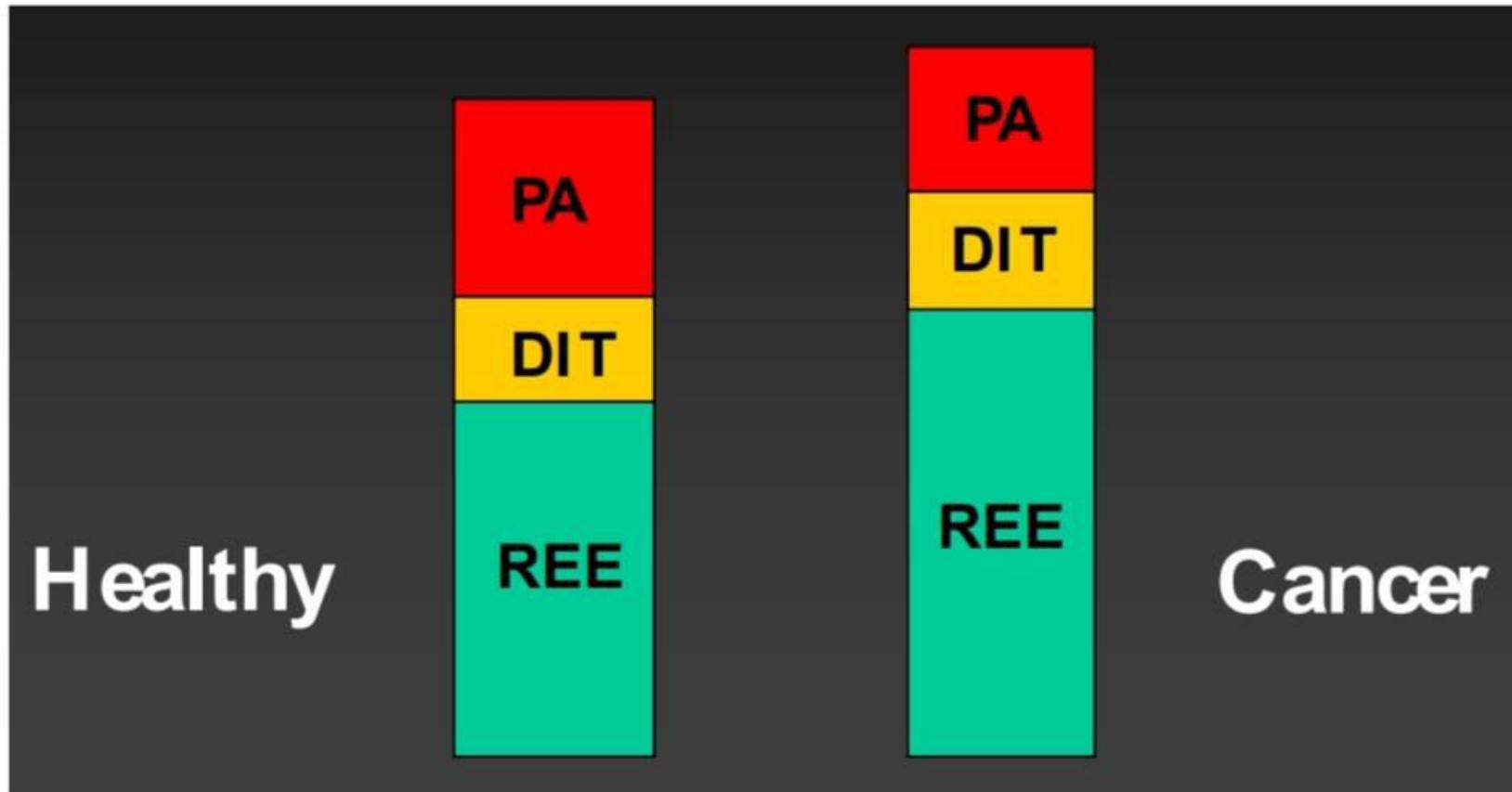
Effetti metabolici della CT

- Inibizione della proliferazione = effetto citotossico
- Induzione apoptosi (morte programmata)
- Induzione di **ipermetabolismo**



Bilancio energetico in corso di CT

REE = Resting Energy Expenditure = Metabolismo basale



Fabbisogno calorico in corso di CT/RT

Patient category	Energy		Protein g/kg
	kJ/kg	kcal/kg	
Not hypermetabolic <i>Includes:</i> CVA ¹ , ulcerative colitis/Crohn's ² HIV/AIDS ³ Acute elderly patients ⁴⁻⁶ Adults ⁷ (not severely ill or injured, nor at risk of refeeding syndrome)	100-125 110-125 100-125 100-145	25-30 26-30 25-30 25-35	0.8-1 0.8-1 1-1.5 0.8-1.5
Moderately hypermetabolic <i>Includes:</i> post-operative (~14days) ^{8,9} , repletion, infection, temperature >38°, head injury ¹⁰ , multi-trauma ¹¹ , BMT ¹² , peritonitis, burns (10-20% FTB/DPT), exacerbation COPD ^{13,14}	125-145	30-35	1.2-1.5
XRT or chemoXRT ^{8,15}	125	30	1.2
Pancreatitis ^{16,17}	105-145	25-35	1-1.5
Pressure Injury ^{18,19}	125-145	30-35	1.25-1.5
Cancer cachexia ²⁰ (note: EPA 1.4-2g/day may be warranted)	120	30	1.4
Hypermetabolic <i>Includes:</i> burns (>20% FTB/DPT) ²¹ Liver disease ²² (cirrhosis, alcoholic steatohepatitis, post-transplantation) Hepatitis C ²³ Cystic Fibrosis ²⁴ 120-150% usual requirements for age/gender	145-160 145-160 105-160	35-40 35-40 25-40	1.5-2.0 1.2-1.5

L'INTRODUZIONE DI CIBO è RIDOTTA A CAUSA DI DIVERSI FATTORI

Fattori contribuenti a diminuire l'assunzione di nutrienti	Effetti della chirurgia	Effetti della chemioterapia	Effetti della radioterapia
<i>Generali</i>			
Anoressia		√	√
Stanchezza	√	√	√
Gusto e olfatto alterati	√	√	√
Sazietà precoce	√	√	
<hr/>			
<i>Apparato gastrointestinale superiore</i>			
Stomatite		√	√
Esofagite		√	√
Xerostomia		√	√
Disfagia	√		√
Odinofagia	√		√
Restringimenti	√		√
Fibrosi			√
Fistole			√
Enterite		√	√
Malassorbimento	√	√	√
<hr/>			
<i>Apparato gastrointestinale inferiore</i>			
Colite			√
Diarrea		√	√
Restringimenti/ostruzioni	√	√	√
Fistole	√		√

Adattato da: Rivadeneira et al, 1998; Mutlu & Mobarhan, 2000; Fearon, 2001.

Effetti collaterali delle terapie CT/RT

Gli effetti collaterali della terapia possono essere :

- Immediati (24-28 ore dall'inizio della terapia)
 - Reazioni allergiche, nausea, vomito, flebiti, danno tissutale da stravasamento
- Precoci: (giorni o settimane dall'inizio della terapia)
 - Leucopenia, piastrinopenia, alopecia, stomatite, mucosite, diarrea
- Ritardati: (molte settimane o mesi dall'inizio della terapia)
 - Anemia, azoospermia, epatotossicità, fibrosi polmonare, iperpigmentazione cutanea, tossicità cardiaca
- Tardivi: (molti mesi o anni dall'inizio della terapia)
 - fertilità, ipogonadismo, seconde neoplasie, tossicità cardiaca

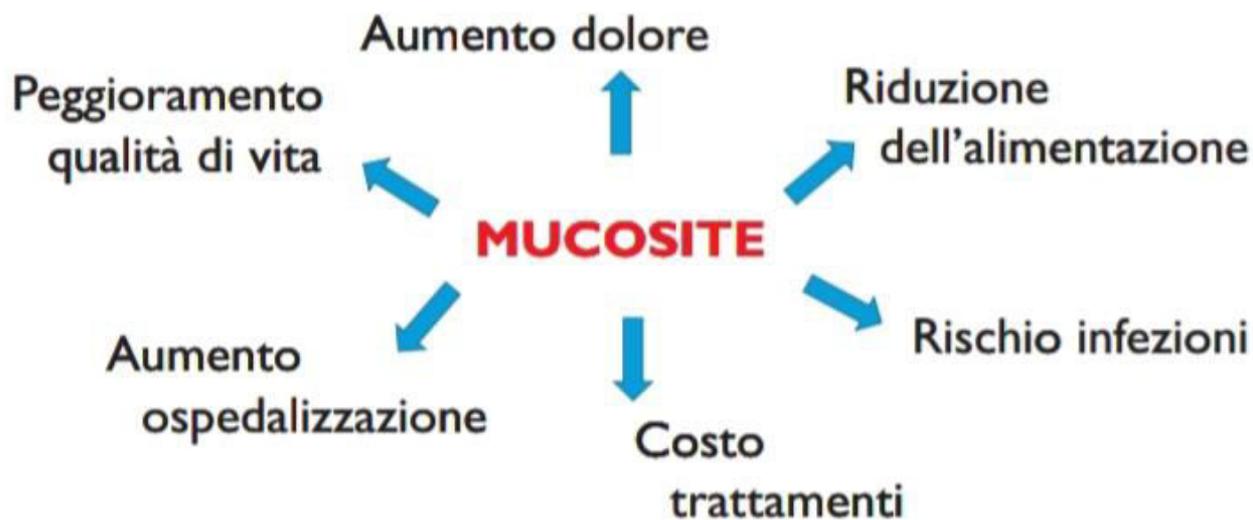
Potenziale emetizzante degli agenti antineoplastici

Alto	Moderato	Basso	Minimo
Carmustine Cisplatin Ciclofosfamide 1,500 mg/m ² Dacarbazine Dactinomycin Mechlorethamine Streptozotocin	Azacitidine Alemtuzumab Bendamustine Carboplatin Clofarabine Ciclofosfamide 1500 mg/m ² Cytarabine 1,000 mg/m ² Daunorubicin Doxorubicin Epirubicin Idarubicin Ifosfamide Irinotecan Oxaliplatin Low Fluorouracil	Fluorouracil Bortezomib Cabazitaxel Catumaxomab Cytarabine 1,000 mg/m ² Docetaxel Doxorubicin HCL liposome injection Etoposide Gemcitabine Ixabepilone Methotrexate Mitomycin Mitoxantrone Paclitaxel Panitumumab Pemetrexed Temsirolimus Topotecan Trastuzumab	2-Chlorodeoxyadenosine Bevacizumab Bleomycin Busulfan Cetuximab Fludarabine Pralatrexate Rituximab Vinblastine Vincristine Vinorelbine

L'impatto della mucosite orale sul trattamento



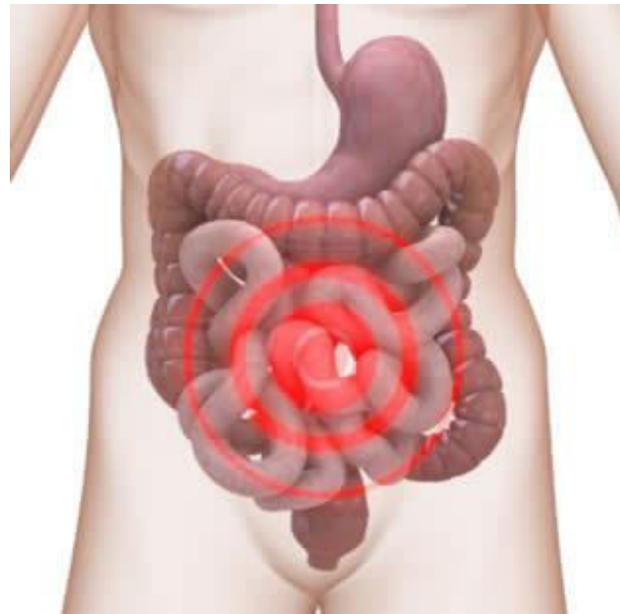
L'impatto della mucosite orale sul paziente



Effetti indesiderati della radioterapia sullo stato nutrizionale

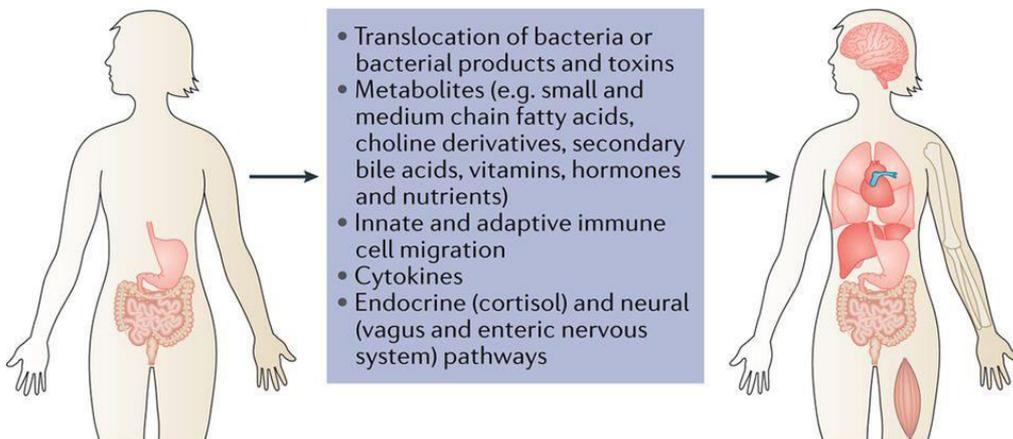
Regione testa collo	Odinofagia, disfagia, alterazioni del gusto, xerostomia e mucosite
Regione toracica	Disfagia, vomito, esofagite, ulcerazioni
Regione add. sup.	Nausea, vomito, dolore e anoressia
Regione pelvica	Enteropatia da radiazioni, diarrea, fibrosi intestinale

Gli orientamenti dietetici in fase pre/durante/post chemio-radio sono finalizzati ad intervenire sull' **INTESTINO** in quanto fulcro neuro-immuno-endocrino dell'organismo



Local effects of gastrointestinal microbiota

Systemic effects of gastrointestinal microbiota



Physiological functions	<ul style="list-style-type: none"> • Nutrient absorption • Synthesis of vitamins • Metabolism of bile and hormones • Fermentation of carbohydrates • Morphogenesis • Barrier strengthening • Mucosal immunity 	<ul style="list-style-type: none"> • Metabolism • Neurological, behavioural and cognitive functions • Cardiovascular and musculoskeletal functions • Haematopoiesis and myeloid cell functions • Circadian rhythm • Ageing • Inflammation and immunity
Non-neoplastic pathology	<ul style="list-style-type: none"> • Inflammatory bowel disease • Gastritis and gastric ulcers 	<ul style="list-style-type: none"> • Obesity, insulin resistance and type II diabetes • Cardiovascular diseases • Autoimmunity: CNS, eye and joints • Non-alcoholic steatohepatitis • Gout
Cancer	<ul style="list-style-type: none"> • Stomach cancer (<i>Helicobacter pylori</i>) • Colorectal carcinoma (<i>Escherichia coli</i>, <i>Fusobacterium</i> spp. and enterotoxigenic <i>Bacteroides fragilis</i>) • Gallbladder carcinoma (<i>Salmonella enterica</i> Typhi) 	<ul style="list-style-type: none"> • MALT, ocular and skin lymphoma • Thymic lymphoma • Hepatocellular carcinoma • Mammary carcinoma • Pancreatic cancer • Prostate cancer • Sarcoma • Ovarian cancer
Cancer therapy	<ul style="list-style-type: none"> • Cancer therapy gastrointestinal toxicity 	<ul style="list-style-type: none"> • Cancer chemotherapy, immunotherapy and radiotherapy efficacy • Cancer therapy toxicity • Graft-versus-host disease

Microbiota: a key orchestrator of cancer therapy.

Review article

Roy S, et al. Nat Rev Cancer. 2017.

Authors

Roy S¹, Trinchieri G¹.

Author information

1 Cancer and Inflammation Program, Center for Cancer Research, National Cancer Institute, National Institutes of Health, Bethesda, Maryland 20892, USA.

Citation

Nat Rev Cancer. 2017 May;17(5):271-285. doi: 10.1038/nrc.2017.13. Epub 2017 Mar 17.

Gli orientamenti dietetici in fase pre/durante/post chemio-radio sono finalizzati ad intervenire sull'organo intestino in quanto fulcro neuro-immuno-endocrino dell'organismo

- Creare condizioni sfavorevoli alla replicazione e alla sopravvivenza delle cellule neoplastiche
- Prevenire variazioni ponderali importanti e la perdita di massa magra durante il trattamento farmacologico
- Migliorare/prevenire eventuali deficit micro e macro nutrizionali
Migliorare la qualità di vita durante il trattamento terapeutico in termini di riduzione degli effetti collaterali sia qualitativamente che quantitativamente
- Aumentare la tolleranza al trattamento farmacologico ed ottimizzare la risposta ad esso
- Recuperare più velocemente energia e benessere dopo la terapia
- Prevenire eventuali recidive post trattamento

Intervento nutrizionale pre-chemioterapia

Prevede un'alimentazione con cibi ad alto
valore nutrizionale



finalizzata a predisporre l'organismo ad ottenere
la miglior risposta possibile alla terapia
chemioterapica e minimizzare gli effetti
collaterali

Obiettivi

- Mantenimento o eventuale recupero peso forma
- Disintossicazione
- Depurazione
- Remineralizzazione
- Aumento massa magra
- Regolarità intestinale
- Idratazione
- Preparazione mucose eliminando cibi a medio-alto potere infiammatorio



Intervento nutrizionale durante la chemioterapia

Le scelte alimentari in questa fase mirano a ridurre le difficoltà digestive

- Evitare cibi che inducano sollecitazioni intestinali infiammatorie e/o immunostressogene, sovraccarico renale, squilibri metabolici
- Fornire apporto micronutrizionale in linea con i LARN 2012
- Evitare di interferire nutrizionalmente con il trattamento farmacologico

Counseling dietetico

Symptom	Intervention
Taste changes	Tart foods; highly flavoured seasonings; plastic utensils and dishes; marinated foods
Xerostomia	Fluids with meals; moistened or pureed foods; moistening mouthwash or gel; papaya juice; avoidance of caffeine, alcohol, and commercial mouthwashes
Stomatitis or mucositis	Avoidance of acidic, spicy, rough, or salty foods; consumption of bland, soft foods that are easy to swallow, cooked (especially vegetables) until soft and tender, cut into small pieces; or puree food in a blender; addition of broth, gravies, or sauces to ease swallowing; capsaicin candy
Diarrhoea	Avoidance of high-fat foods, caffeine, alcohol, tobacco, strong spices; consumption of banana, rice, apple sauce, toast diet; initially low fibre slowly increasing soluble fibre; temporary avoidance of milk products (except yoghurt); increased fluid intake (include juice and broth in this recommendation)
Dumping syndrome	Small, frequent meals (every 2 h); higher protein and fat content of meals; fluids between meals; limitation of simple carbohydrates
Constipation	Gradual increase in fibre intake; eight to ten glasses of fluid daily; 4–8 ounces of prune juice once or twice daily; increased physical activity; fibre supplement then stool softener, then laxative
Nausea	Avoidance of foods with strong odours, high-fat foods, and strong spices; fluids between meals; cold foods that might be better tolerated
Vomiting	Progress from no oral intake to clear liquid, full liquid, and then soft foods; maintenance of fluid intake (include juice and broth in this recommendation)
Early satiety	Avoidance of excessive intake of fat and fibre; small, frequent meals (every 2 h); increased protein and carbohydrate content of meals; fluids between meals

McCallum P, Polisen C. The clinical guide to oncology nutrition.
Chicago: American Dietetic Association, 2000.

I pazienti oncologici:

- Vanno sottoposti a Valutazione Nutrizionale e ricevere la prescrizione di un piano nutrizionale personalizzato
- Vanno periodicamente rivalutati in base all'evoluzione della malattia

Modalità per attuare la terapia nutrizionale : Step by step

- Counseling
- Alimentazione naturale integrata con ONS
- Nutrizione Enterale
- Nutrizione Parenterale

Con apparato gastroenterico «integro» dare priorità alla nutrizione enterale

Oncologo e nutrizionista: quale collaborazione???



È auspicabile...

Non realizzare un percorso parallelo, bensì condividere un progetto di cura e di presa in carico

per ottimizzare

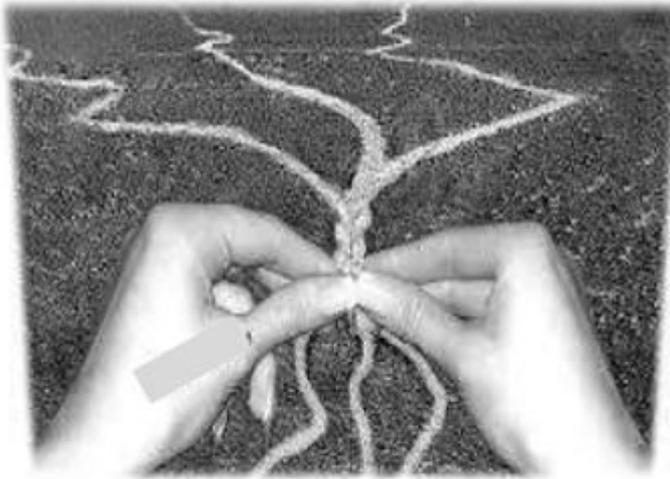
- Qualità della vita
- Adesione al programma di trattamento oncologico
 - Contrastare lo stato di cachessia

NON UNA SEMPLICE CONSULENZA

DARE INFORMAZIONI UNIVOCHE AL PAZIENTE

Interdisciplinarietà e interdipendenza

(insieme, nello stesso momento,
contemporanee)
NON Parallele



“Quelli che
camminano su
strade diverse non
chiedono consigli
l'uno all'altro”

Confucio



Raccomandazioni pratiche AIOM-SINPE per il supporto nutrizionale nel paziente oncologico

www.aiom.it



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE per L'IGIENE E LA SICUREZZA
DEGLI ALIMENTI E LA NUTRIZIONE

LINEE DI INDIRIZZO
SUI PERCORSI NUTRIZIONALI
NEI PAZIENTI ONCOLOGICI

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.

**DECALOGO:
10 punti sui
corretti
principi in
tema di
nutrizione**

Obiettivo: rispondere alle richieste di pazienti
sull'alimentazione

Conclusioni

- ❖ Il paziente oncologico va sottoposto a screening nutrizionale dal primo momento della diagnosi
 - ❖ La terapia di supporto nutrizionale va personalizzata
- ❖ La collaborazione tra oncologi e nutrizionisti è fondamentale per un corretto iter clinico

La nutrizione è un valore essenziale nella prevenzione oncologica e lo diventa ancor più nel paziente oncologico.

DAL TO-CURE AL TO- CARE

- Competenza professionale
- Coinvolgimento interprofessionale



IL MALATO AL CENTRO DELL'AGIRE