

Un convegno alla Camera dei Deputati mette a fuoco il problema e invoca una 'chiamata all'azione' per medici e politici: servono PDTA e leggi ad hoc



Roma, 4 luglio 2018 - Nonostante la sua elevata frequenza e le due pesanti conseguenze, la malnutrizione nel malato oncologico è ancora un problema largamente sottovalutato, non riconosciuto e molto raramente trattato in maniera adeguata.

Per questo motivo si è svolto alla Camera dei Deputati l'incontro che ha visto seduti allo stesso tavolo clinici, pazienti e rappresentanti delle istituzioni per valutare le azioni necessarie per assegnare alla terapia nutrizionale il suo ruolo decisivo: migliorare l'outcome dei pazienti oncologici e scongiurare decessi evitabili.

Sono necessari modelli organizzativi capaci di assicurare ai pazienti interventi nutrizionali adeguati, tempestivi, efficaci e sicuri. I dati continuamente forniti dalla letteratura scientifica rendono questo intervento inderogabile. Il problema della malnutrizione infatti è indifferibile perché determina decessi evitabili con corrette strategie mediche.

In Italia manca una legge nazionale che regolamenti e garantisca l'accesso uniforme ai trattamenti di nutrizione clinica ed artificiale domiciliare sia nel periodo delle cure attive che in quello delle cure palliative.

“Appare quindi opportuno valutare e prevedere l'inserimento dello screening nutrizionale e del trattamento della malnutrizione anche, ma non solo, all'interno di PDTA (Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali) delle diverse patologie” sottolinea il prof. Maurizio Muscaritoli, Professore Ordinario di Medicina Interna alla Sapienza di Roma e Presidente SINUC – Società Italiana di Nutrizione Clinica e Metabolismo.

Lo studio PreMiO (Prevalence of Malnutrition in Oncology) ha dimostrato che la perdita di peso è presente già al momento della prima visita oncologica. Dei quasi 2.000 pazienti arruolati, il 51% presentava un deficit nutrizionale e il 64% dei soggetti valutati aveva perso da 1 a 10 kg nei sei mesi precedenti.

La malnutrizione è determinata sia da un aumento del metabolismo da parte delle cellule tumorali che consumano le riserve energetiche, che dalla diminuzione dell'appetito, la capacità di percepire i sapori, di

deglutire, dalla nausea e da un malassorbimento diffuso dei nutrienti.

La malnutrizione in Oncologia rappresenta ancora un bisogno non riconosciuto, causa d'inaccettabili disparità nelle cure.



Prof. Maurizio Muscaritoli

“Chiediamo alla politica che intervenga affinché le cure nutrizionali entrino a far parte della buona pratica clinica, anche con la eventuale previsione di sanzioni per chi non garantisce ai malati cure adeguate, in analogia a quanto fatto in passato con la legge 38 che garantisce l'accesso alle terapie del dolore - prosegue il prof. Muscaritoli - servono anche strumenti di governance che possano ovviare alla cronica assenza di medici nutrizionisti e dietisti in tutte le aziende sanitarie, e in particolare dove vengono trattati i pazienti oncologici, a cui si dovrebbe aggiungere la costituzione di reti regionali che prevedano un'interazione stretta con territorio, medici di medicina generale e ospedale”.

A illustrare i pilastri e gli obiettivi delle Linee d'indirizzo sui percorsi nutrizionali nei pazienti oncologici siglate dal Ministero della Salute in Conferenza Stato Regioni a dicembre 2017, è stato chiamato il dott. Giuseppe Ruocco, Segretario Generale del Ministero della Salute, che ha evidenziato come “il documento valorizzi diversi aspetti: dall'utilizzo di Screening nutrizionale e bisogni specifici in ambito nutrizione alla diagnosi, durante il percorso terapeutico, al follow-up; la proposta di un Modello per la risposta organizzativa attraverso un percorso integrato che coinvolga Ospedale, Day Surgery e Reti territoriali, promuova una Continuità assistenziale attraverso MMG – Medici di Medicina Generale e PLS – Pediatri di Libera Scelta fino alla definizione di Assistenza domiciliare e Nutrizione artificiale; e infine, percorsi di formazione ed informazione agli operatori sanitari. Un corretto e consapevole impiego delle conoscenze relative agli adeguati screening nutrizionali e agli approcci di nutrizione clinica integrata, illustrati nelle Linee di indirizzo, potrà avere una ricaduta positiva, contribuendo ad un favorevole impatto sugli esiti, sulla qualità di vita di questi pazienti e sulla spesa sanitaria”.

“La malnutrizione è in grado di condizionare negativamente l'efficacia delle terapie chirurgiche e di quelle mediche, in Oncologia (e non solo). Prevenire la progressione della perdita di peso riduce la tossicità dei farmaci, migliora la sensibilità delle cellule a ricevere i trattamenti, diminuisce la frequenza e la durata dei ricoveri e le complicanze post operatorie” spiega il prof. Paolo Marchetti, Ordinario di Oncologia Medica alla Sapienza di Roma

Il cancro può determinare uno stato d'infiammazione e una accelerazione del metabolismo. L'intensa risposta infiammatoria porta a perdita di peso, di appetito, di massa muscolare, un deperimento generalizzato chiamato cachessia.

“A ciò si aggiungono alterazioni metaboliche e uno stato infiammatorio generalizzato - ha sottolineato il dott. Giuseppe Aprile, Direttore del Polo Oncologico di Vicenza e Consigliere Nazionale AIOM – Associazione Italiana Oncologia Medica - La sindrome cachettica, che colpisce circa la metà dei pazienti oncologici con malattia avanzata, determina possibile perdita di efficacia delle cure antitumorali, aumento degli effetti collaterali e impatta negativamente sulla qualità della vita dei malati”.

Ricevere un corretto trattamento nutrizionale dovrebbe essere considerato un diritto erogato da personale competente in nutrizione clinica che fornisca anche informazioni corrette, comprensibili e basate sulle evidenze scientifiche. È questa la posizione di Cittadinanzattiva - Tribunale del malato espressa dal suo coordinatore nazionale Tonino Aceti: “la malnutrizione deve essere individuata precocemente, trattata tempestivamente e non deve concorrere ad aumentare le già insopportabili disuguaglianze che caratterizzano il nostro Servizio Sanitario Pubblico. È utile una sua misurazione e valutazione sin dalla presa in carico sino al follow up. È necessario inserire le terapie nutrizionali nel contesto delle cure simultanee e informare i pazienti sui suoi benefici. È inoltre molto importante sensibilizzare anche gli operatori sanitari (medici e infermieri) al tema della malnutrizione prevedendo programmi di formazione ad hoc”.

“La nutrizione è un'emergenza per i malati oncologici e di malnutrizione si può morire. Le associazioni di pazienti come la nostra - conclude Claudia Santangelo, presidente dell'Associazione Vivere senza Stomaco - confidano nella reale applicazione delle Linee d'indirizzo siglate il 15 dicembre 2017 con l'accordo Stato Regioni. Grazie agli estensori del documento e al prof. Maurizio Muscaritoli che si sono adoperati per far sì che la nutrizione nei pazienti oncologici sia una buona nutrizione e non una malnutrizione”.

STUDIO PREMIO AT A GLANCE

Lo studio italiano PreMiO ha per la prima volta messo a fuoco lo status nutrizionale di pazienti in occasione della prima visita oncologica. Il campione analizzato è stato di quasi 2.000 pazienti visitati in 22 unità di oncologia nazionali, evidenziando dati inediti per ciò che riguarda la relazione tra i vari tipi di cancro e lo stato nutrizionale.

PreMiO, acronimo di Prevalence of Malnutrition in Oncology, è stato pubblicato sulla prestigiosa rivista *Oncotarget* e ha mostrato in maniera incontrovertibile che malnutrizione, anoressia, perdita di appetito e di peso sono comuni nei pazienti con cancro sin dalle prime fasi di malattia, e rilevabili già alla prima visita oncologica. Del campione preso in esame il 51,1% mostrava un grado di compromissione nutrizionale variabile, di questi il 42,4% era a rischio di malnutrizione e il 9% era già francamente malnutrito.

La perdita di peso involontaria è un altro indicatore della denutrizione o del suo rischio. Alla prima visita di oncologia medica, il 64% dei pazienti aveva avuto una perdita di peso durante i precedenti 6 mesi: il 28,4% ha perso più del 10% del peso corporeo, il 36,2% ha perso il 5-10%, e il 35,4% ha perso meno del 5%. La perdita di peso effettiva variava da 1 a 10 kg.

Nelle forme di malnutrizione più serie il rischio di morte aumenta da 2 a 5 volte, il che sarebbe evitabile con interventi tempestivi e adeguati.