

ONCOLOGIA

Nutrizione clinica, diritto da pretendere ma occhio alle bufale

Sulla cura dei pazienti affetti da tumore registriamo ogni giorno importanti progressi. Migliorano le diagnosi, migliorano le cure, migliora la sopravvivenza, migliora la qualità dell'assistenza. E per questo ogni giorno scriviamo quanto sia fondamentale l'accesso uniforme ai protocolli terapeutici in tutto il Paese. E siamo felici perché sono già arrivati e arriveranno altri farmaci innovativi, costosissimi, ma che cambieranno il paradigma di cure che conosciamo finora. Tutto entusiasmante, ma c'è un ma. I pazienti non sempre, non ovunque allo stesso modo, riescono ad avere un corretto supporto nutrizionale durante le cure. All'arrivo in ospedale, il 30% dei ricoverati è in uno stato di malnutrizione calorico-proteica e questo significa un allungamento del 45% dei tempi di degenza. Solo il 41% dei pazienti oncologici riceve un counseling nutrizionale e il 55% dichiara di mangiare molto meno dall'avvio delle terapie.

Gli effetti della malnutrizione su un paziente debilitato qual è quello oncologico ne mettono a rischio la sopravvivenza. Un dramma che colpisce poi, come accade, a essere malnutrito è un paziente anziano, il quadro negativo è completo. Ogni anno si stima che almeno 35mila malati di tumore perdono la battaglia per colpa di carenze di nutrienti. Allo stesso tempo è dimostrato che una corretta nutrizione migliora gli outcome delle cure anticancro, in primis della chemioterapia. E poiché ogni persona ha le sue caratteristiche è essenziale che all'avvio delle terapie si associ uno screening e una corretta valutazione delle condizioni nutrizionali del paziente. «Non esiste una terapia nutrizionale valida per tutti - chiarisce **Paolo Pedrazzoli**, direttore della Struttura complessa di Oncologia del Policlinico S. Matteo di Pavia - bisogna valutare il quadro clinico del paziente nel dettaglio e decidere se può continuare ad alimentarsi autonomamente o se le condizioni impongono la nutrizione artificiale. L'oncologo deve

lavorare insieme al nutrizionista».

Ogni tumore ha le sue caratteristiche e la dieta non può essere improvvisata. E per questo è importante non rincorrere le mode del momento. Alle diete lanciate da guru, prive di evidenza scientifica. «A oggi la sensibilità su questi temi non è elevata. Non tutti gli oncologi - spiega Pedrazzoli - hanno consapevolezza dell'impatto sulle cure. Gli ospedali si stanno attrezzando, ma molto di più si potrà fare quando sarà approvato il Pdta sulla nutrizione clinica messa a punto dagli esperti e ora al vaglio della Conferenza Stato-Regioni». Ogni ospedale fa da sé: in alcune Regioni, Piemonte in primis, c'è la legge che prevede la nutrizione clinica nei protocolli anticancro.

«Oltre la metà dei pazienti con tumore al pancreas, polmone o allo stomaco è malnutrito. Quasi tutti i malati hanno un notevole calo ponderale e sarcopenia fin dalla diagnosi. Per questo Aiom, Simpe (Società italiana nutrizione artificiale e metabolismo) e i pazienti delle Associazioni della Favo hanno messo a punto un documento d'indirizzo che cerca di colmare le lacune, perché traccia le modalità con cui dovrebbe avvenire l'approccio al paziente» precisa **Riccardo Caccialanza**, Uoc Dietetica e nutrizione clinica del S. Matteo. «Oggi oltre la metà dei pazienti oncologici affronta le cure senza un supporto nutrizionale adeguato. La personalizzazione delle terapie oncologiche deve accompagnarsi a un'altrettanto personalizzata nutrizione. Il sistema immunitario ha bisogno di nutrienti adeguati, anche per sostenere la tossicità delle terapie anticancro» chiarisce.

Per questo è importante che la battaglia per il diritto a un percorso adeguato di nutrizione clinica sia combattuta anche dai pazienti che devono pretendere una giusta attenzione su questo aspetto. E non affidarsi alle mode dietetiche del momento, ai guru pescati su internet e alle bufale anticancro. «Abbiamo condotto la prima indagine sulla nutrizione clinica su ol-

tre 1.200 pazienti e i risultati confermano ciò che temevamo - racconta **Francesca Tracò**, responsabile area ricerca di Favo - C'è molta confusione tra nutrizione durante la malattia e dieta preventiva quando si è sani. Molti malati rinunciano per esempio alla carne rossa, che invece in quantità adeguata è di supporto a chi deve affrontare cure pesanti e debilitanti. Deve decidere il medico, ma il paziente può fare la sua parte pretendendo l'attenzione dei suoi referenti in corsia, qualora non arrivino messaggi in quel senso. Ciò che fa bene in fase di prevenzione primaria, prima che si sviluppi il tumore, non è detto che faccia bene quando la malattia è in corso. Un paziente debilitato affronta peggio le cure. Ci si illude di poter autogestire la nutrizione, magari eliminando alcuni cibi e forzandosi in digiuni pericolosissimi. E va detto che non tutti i medici sono preparati su questi temi. Per questo dobbiamo, come associazione pazienti, favorire la conoscenza di questi aspetti. Informare le famiglie, i caregiver, spingere medici e pazienti a fare di più. L'oncologo deve conoscere lo stato nutrizionale del paziente: deve aiutarlo ad affrontare il tumore con le armi migliori».

Quando il paziente non è più in grado di alimentarsi sufficientemente per via naturale, i medici impostano la nutrizione enterale (tramite sonde nel tratto gastrointestinale) o parenterale (ossia direttamente nel corpo attraverso catetere venoso). Ogni anno si effettuano 3 milioni di trattamenti di nutrizione parenterale. Dopo questa fase, molti pazienti riescono a riprendersi e a continuare con successo le terapie. Ogni caso è a sé, per questo occorre promuovere una cultura diversa nell'interesse del paziente, ma anche del sistema sanitario che potrà avere percorsi di cura più efficaci e potenzialmente più brevi, con costi minori.

Lucilla Vazza

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Carta dei diritti del paziente oncologico all'appropriato e tempestivo supporto nutrizionale

1	Diritto alla corretta informazione e al counseling nutrizionale	6	Diritto a ricevere una nutrizione artificiale domiciliare appropriata e sicura
2	Diritto allo screening e alla valutazione dello stato nutrizionale	7	Diritto al monitoraggio del supporto nutrizionale
3	Diritto alle prescrizioni nutrizionali	8	Diritto alla cura del sovrappeso associato alle terapie
4	Diritto all' accesso all'integrazione nutrizionale orale	9	Diritto al supporto psicologico
5	Diritto a ricevere una nutrizione artificiale appropriata e tempestiva	10	Diritto a partecipare a studi clinici controllati in tema di nutrizione clinica

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.