



Consiglio Regionale della Campania

**Proposta di Legge
L'onco-nutrizione in Campania**

RELAZIONE ILLUSTRATIVA

Il supporto nutrizionale in oncologia è un aspetto importante nella gestione delle persone affette da un tumore. La possibilità di alimentarsi correttamente, infatti, può influire positivamente sulla risposta ai trattamenti e sulla qualità della vita dei malati. Tuttavia, molte persone non ricevono l'assistenza nutrizionale di cui avrebbero bisogno.

Prima e durante il trattamento oncologico il corpo è sottoposto ad uno stress significativo, dovuto a vari fattori. In primo luogo è il tumore stesso ad alterare radicalmente il metabolismo, causando non di rado perdita di appetito e di peso. Inoltre i trattamenti possono provocare effetti collaterali come nausea, vomito, perdita di appetito, alterazioni del gusto e difficoltà di deglutizione e digestione, abbassamento delle difese immunitarie. Questi sintomi possono portare a malnutrizione, perdita di peso e deperimento muscolare, condizioni che possono compromettere l'efficacia dei trattamenti e aumentare il rischio di complicanze. La malnutrizione può essere rilevata fino al 50% dei pazienti oncologici e riflette la gravità del cancro. Inoltre, la malnutrizione è associata a un rischio aumentato di morbilità e mortalità. La malnutrizione e la conseguente sarcopenia e/o cachessia sono associate a outcome oncologici negativi. Il potenziale di diagnosi errata della malnutrizione è elevato perché sarcopenia e cachessia hanno caratteristiche che si sovrappongono in alcuni dei loro criteri; tuttavia, la loro fisiopatologia, eziologia e prognosi differiscono ampiamente, così come gli approcci diagnostici e soprattutto nutrizionali/terapeutici. Per tale motivo, la corretta valutazione di queste condizioni è un aspetto fondamentale nei pazienti oncologici così come l'implementazione precoce di approcci terapeutici come parte dello standard di cura nella pratica clinica che richiede uno sforzo collaborativo e non deve essere ritardata. Va inoltre sottolineato come la sarcopenia è stata anche classificata come malattia e inserita nella Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-10) con importanti implicazioni in termini di pratica clinica.

Il gruppo di lavoro dedicato del Ministero della Salute, nel documento "Linee di indirizzo Percorsi nutrizionali nei pazienti oncologici", ricorda che l'80 per cento delle persone con tumori del tratto gastrico superiore e il 60 per cento di quelle con tumore del polmone mostra perdita di peso involontaria già al momento della diagnosi; e dei malati che perdono peso il 20-30 per cento muore per le conseguenze dirette e indirette della malnutrizione.

Un adeguato e tempestivo intervento può contemplare tutte le possibilità di aiuto al paziente, dal counseling nutrizionale, all'integrazione nutrizionale orale, fino alla nutrizione enterale e parenterale, se necessarie. Gli obiettivi clinici che questa legge fa propri consistono nel prevenire e trattare la malnutrizione sin dall'inizio del percorso di cure, massimizzare e consolidare gli effetti delle terapie, attenuare gli effetti collaterali delle terapie, migliorare la qualità di vita delle persone malate, prevenire conseguenze delle terapie farmacologiche come sovrappeso e sindrome metabolica.

Anche la Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia (FAVO), l'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) e la Società Italiana di Nutrizione e Metabolismo (SINPE) hanno messo a punto un decalogo per spiegare ai malati oncologici i corretti principi in tema di nutrizione. L'obiettivo è di rispondere alle richieste dei pazienti e dei loro famigliari sull'alimentazione e sul diritto a ricevere corrette prescrizioni nutrizionali.



Consiglio Regionale della Campania

I pazienti oncologici, indipendentemente dallo stadio della propria malattia (iniziale o avanzata), debbono ricevere una immediata e corretta valutazione dello stato nutrizionale come parte integrante e non eludibile del percorso diagnostico da personale qualificato. Lo stato nutrizionale è la risultante di tre specifiche variabili tra loro intimamente strettamente correlate: la funzionalità corporea, la valutazione della composizione corporea e la componente energetica (dispendio energetico). Lo stato nutrizionale e lo stato di salute sono due variabili in relazione biunivoca: l'alterazione dello stato nutrizionale può favorire l'insorgenza di malattie così come una patologia, come quella oncologica, può essere primitivamente responsabile dell'alterazione dello stato nutrizionale. La valutazione dello stato nutrizionale richiede dunque una corretta anamnesi generale e biomorale da parte del medico (funzionalità corporea), una corretta valutazione della composizione corporea con metodiche bioimpedenziometrica, plicometriche e con test di funzionalità muscolare (come la dinamometria della mano) da parte di biologi specialisti in scienza dell'alimentazione al fine di stimare correttamente la massa corporea (muscolo e grasso), infine, la valutazione dettagliata degli apporti di energia e nutrienti (storia dietetica, recall 24h, controllo diretto dei consumi, diario alimentare) e l'elaborazione del piano dietetico personalizzato da parte del dietista che verrà effettuato solo sulla base della corretta valutazione dei due precedenti parametri.

La valutazione dello stato nutrizionale dunque, basata sulla stretta interazione tra medici esperti in nutrizione clinica e gli specialisti coinvolti nel trattamento della singola patologia neoplastica, che avranno condiviso gli strumenti di misura più idonei per ciascuna patologia oncologica, dovrà essere riportata in maniera esplicita nella documentazione clinica, spiegata esaurientemente al paziente e ai suoi familiari e comunicata al MMG.

Attenzione dovrà essere posta nella valutazione della necessità di un eventuale sostegno psicologico del paziente e della sua famiglia.

Per tali ragioni, si necessita, quindi, in Regione Campania, di un modello organizzativo capace di assicurare ai pazienti interventi nutrizionali adeguati, personalizzati, tempestivi, efficaci, efficienti e sicuri e deve fondarsi su gruppi di lavoro interdisciplinari e multiprofessionali, in cui le diverse figure operino in stretta integrazione specialistica. Tali percorsi assistenziali trovano il loro presupposto operativo in una maggiore presenza di alcune figure professionali come medici esperti in nutrizione clinica, biologi specialisti in Scienza dell'Alimentazione, dietisti e psicologi, che devono rientrare in tutti i PDTA oncologici. La proposta di legge è costituita da sei articoli:

- L'articolo 1 descrive le finalità e i principi che animano il legge.
- L'articolo 2, prevede la promozione dei servizi di assistenza onco-nutrizione nella Rete oncologica regionale.
- L'articolo 3 tratta degli interventi necessari all'assunzione e formazione del personale sanitario specializzato in onco-nutrizione.
- L'articolo 4 tratta delle disposizioni di attuazione
- L'articolo 5 riguarda la clausola finanziaria
- L'articolo 6 riguarda l'entrata in vigore.

Il Consigliere
Tommaso Pellegrino