

Le raccomandazioni aggiornate del Gruppo di Lavoro Italiano Intersocietario per il Supporto Nutrizionale nei Pazienti Oncologici

- Lo screening nutrizionale dovrebbe essere eseguito, preferibilmente dal personale infermieristico, usando strumenti validati (NRS 2002, MUST, MST, MNA, PG-SGA), al momento della diagnosi, entro 48 ore dal ricovero in ospedale e ripetuto sistematicamente ad ogni visita ambulatoriale.
- I pazienti a rischio nutrizionale dovrebbero essere indirizzati prontamente per una valutazione nutrizionale completa, che includa possibilmente la valutazione della composizione corporea, e per un supporto ad un servizio/struttura di nutrizione clinica oppure a personale medico con documentata esperienza nell'ambito della nutrizione clinica.
- I pazienti affetti da tumori che potrebbero influenzare negativamente lo stato nutrizionale (distretto testa-collo, tratto gastrointestinale, polmone), in stadio avanzato o in trattamento (chemioterapia ad alte dosi, radioterapia radicale, chirurgia addominale maggiore o multimodale [sia combinata sia sequenziale]) dovrebbero essere indirizzati direttamente a specialisti in nutrizione clinica per una precoce valutazione nutrizionale completa, un counseling/supporto ed un programma di stretto monitoraggio.
- Il supporto nutrizionale dovrebbe essere iniziato rapidamente ed essere specifico per ogni paziente in base alle condizioni nutrizionali e cliniche, al trattamento pianificato e all'esito atteso. Esso dovrebbe includere il counseling nutrizionale con la possibilità di utilizzare i supplementi nutrizionali orali e/o la nutrizione artificiale (nutrizione enterale, nutrizione parenterale totale o supplementare) in base alla valutazione, ed assicurare uno stretto monitoraggio dell'assunzione alimentare spontanea, della tolleranza e dell'efficacia.
- Il supporto nutrizionale e le modificazioni dietetiche dovrebbero aiutare a mantenere o recuperare lo stato nutrizionale attraverso l'incremento o la conservazione dell'apporto calorico-proteico. "Diete ipocaloriche alternative anti-cancro" (e.g. dieta macrobiotica o dieta vegana), il digiuno e le diete mima-digiuno non sono raccomandate.
- L'utilizzo autonomo di integratori alimentari dovrebbe essere scoraggiato. Essi dovrebbero essere prescritti da specialisti in nutrizione clinica, in base alle carenze documentate e alle condizioni cliniche.
- Ogni paziente oncologico sottoposto a chirurgia maggiore dovrebbe seguire un programma perioperatorio personalizzato di "Recupero ottimizzato dopo chirurgia" (ERAS), che comprenda fasi programmate, inclusa la valutazione ed il supporto nutrizionale.
- Il supporto nutrizionale dovrebbe essere integrato nei programmi di cure palliative quando il rischio di morte per malnutrizione è superiore a quello per progressione tumorale, secondo valutazioni individuali, implicazioni sulla qualità della vita, aspettativa di vita e volontà dei pazienti. Ai pazienti oncologici che ricevono cure palliative dovrebbe essere fornita una consulenza nutrizionale mirata ad alleviare i sintomi correlati alla malnutrizione.

- La nutrizione artificiale domiciliare dovrebbe essere prescritta e regolarmente monitorata utilizzando protocolli definiti condivisi da tutti gli operatori sanitari coinvolti nella cura del paziente, a livello istituzionale o, idealmente, regionale/nazionale.
- I parametri nutrizionali dovrebbero essere sempre valutati e considerati come potenziali fattori confondenti nella valutazione degli esiti e nel disegno degli studi nella ricerca clinica oncologica.
- Sono ancora necessari studi clinici e di costo-efficacia adeguatamente dimensionati e disegnati, che coinvolgano possibilmente i rappresentanti delle associazioni dei pazienti nel processo di ideazione, al fine di migliorare le evidenze a favore del supporto nutrizionale in diversi contesti assistenziali. La mancanza di evidenza degli standard di "alto livello" non è una giustificazione per trascurare l'assistenza nutrizionale.
- L'introduzione di team nutrizionali multidisciplinari o l'inclusione di specialisti in nutrizione clinica nei comitati oncologici locali esistenti (almeno per i tipi di cancro associati a più elevato rischio nutrizionale [distretto testa-collo, tratto gastrointestinale, polmone]) è fortemente raccomandato.