

Position Statement

SUPPORTO NUTRIZIONALE IN ONCOLOGIA

**PER UNA MIGLIORE QUALITÀ DI VITA
DURANTE IL PERCORSO DI CURA**



2022

Credits Position Statement

Gruppo di Lavoro

Barbara Mangiacavalli, *Presidente FNOPI*

Giancarlo Cicolini, *Comitato Centrale FNOPI*

Luigi Pais dei Mori, *Comitato Centrale FNOPI*

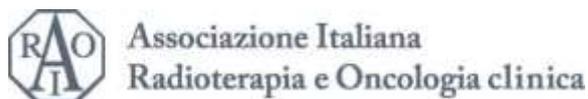
Giovanni Micallo, *Coordinatore AIOM Nursing Group*

Giulia Antonacci, *Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori di Milano*

Emilia Gianotti, *UO di Oncologia Medica, Ospedale di Carpi (MO)*

Teresa Monaco, *Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia*

Gruppo intersocietario per il supporto nutrizionale del paziente oncologico



ISBN 9788894519945

Dicembre 2022 | Copyright FNOPI

INDICE

INTRODUZIONE.....	4
1. OBIETTIVI.....	5
2. SCREENING E VALUTAZIONE NUTRIZIONALE IN ONCOLOGIA.....	6
• <i>Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)</i>	7
• <i>Nutrition Risk Screening 2002 (NRS-2002)</i>	7
• <i>Malnutrition screening Tool (MST)</i>	7
• <i>Mini Nutritional Assessment Short Form-Revised (MNA-SF)</i>	7
3. L'INFERMIERE NEL PROGRAMMA NUTRIZIONALE INTEGRATO.....	8
CONCLUSIONI.....	9
BIBLIOGRAFIA e SITOGRAFIA.....	10

INTRODUZIONE

Le neoplasie rappresentano la seconda causa di morte a livello mondiale e, nonostante lo sviluppo scientifico, il carico mondiale dei tumori è in continuo aumento e si ritiene possa raddoppiare entro il 2030⁽¹⁾. Nei pazienti oncologici le alterazioni dello stato nutrizionale sono altamente prevalenti e la malnutrizione è considerata “malattia nella malattia”, con cui si stima convivano 33 milioni di persone in Europa (con patologie croniche e oncologiche), con un costo sociale di circa 120 miliardi di euro⁽¹⁾. Una ridotta attenzione riguardo lo stato nutrizionale in corso di terapie oncologiche è ampiamente documentata in letteratura e determina gravi conseguenze non solo sulla qualità della vita dei pazienti, ma anche sulla loro capacità di aderire ai diversi trattamenti proposti, con una conseguente peggior prognosi⁽¹⁾. Inoltre, anche quando lo stato di malnutrizione viene riconosciuto, spesso non vengono attuati interventi efficaci⁽¹⁾. Risulta essenziale che **la valutazione nutrizionale costituisca un elemento imprescindibile nell’approccio al paziente affetto da patologia oncologica, già nel corso della prima visita**⁽¹⁾.

La presa in carico del paziente con alterazioni dello stato nutrizionale ha evidenti implicazioni di politica sanitaria sulla programmazione e l’organizzazione dei servizi che dovrebbero garantire un **“percorso nutrizionale del paziente oncologico”**⁽¹⁾.

I fattori di rischio che influiscono sullo stato nutrizionale sono molteplici, la patologia neoplastica, che rappresenta esso stesso un fattore di rischio e gli effetti collaterali prodotti dalla terapia con un **impatto sulla vita del paziente non solo per la qualità ma anche per la possibile scarsa risposta al trattamento che può subentrare in presenza di malnutrizione**⁽²⁾.

Al fine di garantire una ottimale presa in carico del paziente, è necessaria una valutazione proattiva dello stato nutrizionale, subito dopo la prima visita oncologica ovvero prima di iniziare il percorso di cura in modo da rendere efficace l’intervento valutativo⁽²⁾.

La valutazione dei pazienti presso l’ambulatorio multidisciplinare deve essere eseguita dal team con il coinvolgimento di tutti i professionisti⁽³⁾ per garantire una presa in carico del bisogno nutrizionale appena formulata la diagnosi in modo da potersi attivare per il raggiungimento degli obiettivi prefissati⁽⁴⁾.

È dunque necessaria una attenta valutazione dello stato nutrizionale dal momento della diagnosi con successivo counselling nutrizionale e con un continuo monitoraggio infermieristico lungo il percorso al fine di garantire la compliance del paziente al percorso proposto⁽⁵⁾.

1

OBIETTIVI DEL POSITION

- **Sensibilizzare il personale sanitario** ad individuare i soggetti a rischio, o che presentano uno stato nutrizionale alterato, in modo da avviare precocemente la loro presa in carico.
- **Presentare una panoramica degli attuali strumenti di *screening* nutrizionali.**
- **Sottolineare il ruolo dell'infermiere nel processo di cura nutrizionale.**

2

SCREENING E VALUTAZIONE NUTRIZIONALE IN ONCOLOGIA

Lo *screening* nutrizionale come definito nelle linee guida dell'*American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN)* è il "processo per identificare gli individui malnutriti o che sono a rischio di malnutrizione per stabilire se è indicata una valutazione nutrizionale dettagliata" e definisce la valutazione nutrizionale come "un approccio completo per la diagnosi dei problemi nutrizionali che utilizza una combinazione dei seguenti elementi: anamnesi clinica, nutrizionale e farmacologica; valutazione fisica; misurazioni antropometriche; dati di laboratorio"⁽⁶⁾. **Le linee guida nutrizionali, nei pazienti oncologici, consigliano costantemente lo *screening* nutrizionale alla diagnosi**, seguito da una valutazione nutrizionale completa quando il rischio è presente^(7,8), evidenziando che i programmi di *screening* possono essere implementati per tutti i pazienti affetti da cancro⁽⁹⁾. **Si raccomanda di valutare regolarmente apporto nutrizionale, variazione di peso e di indice di massa corporea (BMI), dal momento della diagnosi di cancro e poi con frequenza in base alla stabilità della situazione clinica** (Figura 1)⁽¹⁰⁾.

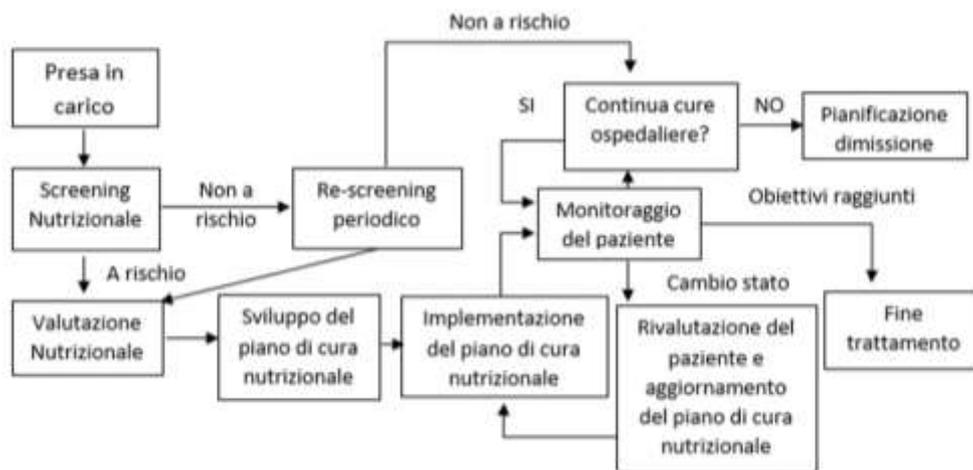


Figura 1. Diagramma di flusso del processo di cura nutrizionale (ASPEN Guidelines 2011)

Le linee guida dell'*European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN)* indicano le caratteristiche che rendono lo *screening* nutrizionale efficace. Lo strumento utilizzato dovrebbe essere breve, poco costoso, altamente sensibile e avere una buona specificità. Gli strumenti di *screening* nutrizionali validati che vengono menzionati sono: *Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)*, *Nutrition Risk Screening 2002 (NRS-2002)*, *Malnutrition screening Tool (MST)* e *Mini Nutritional Assessment Short Form-Revised (MNA-SF)*⁽¹¹⁾.

Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)

Il *Malnutrition Advisory Group of the British Association for Parenteral and Enteral Nutrition* ha sviluppato il MUST nel 1992 ed è stato raccomandato per lo *screening* ambulatoriale dalla ESPEN e dal *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*. È simile all’NRS 2002 e include i seguenti criteri: BMI, calo ponderale involontario, presenza di malattia acuta associata ad un apporto alimentare nullo per un periodo > 5 gg. Ciascun criterio è valutato con un punteggio da 0 a 2. I pazienti con un punteggio globale di 1 sono considerati a rischio medio e i pazienti con punteggio ≥ 2 sono considerati ad alto rischio nutrizionale.

Nutrition Risk Screening 2002 (NRS-2002)

Lo strumento è stato ideato dal gruppo di lavoro ESPEN nel 2003 e raccomandato per i pazienti ospedalizzati malnutriti. L’NRS 2002 è pratico veloce da utilizzare e prevede un *pre-screening* con quattro domande, se la risposta è “sì” ad almeno una domanda, è necessario proseguire con lo *screening* completo che considera la percentuale del calo ponderale o percentuale introiti alimentari, gravità della patologia ed età del paziente (≥ 70 anni). I punteggi vanno da 0 (normale) a 7 (grave) punti. I pazienti con un punteggio ≥ 3 sono considerati a rischio nutrizionale.

Malnutrition screening Tool (MST)

È stata sviluppata nel 1994, è uno strumento rapido, facile da utilizzare e include domande sull’appetito, assunzione di cibo e calo ponderale involontario. L’MST è uno strumento valido sia in regime di ricovero che ambulatoriale⁽¹⁵⁾.

Mini Nutritional Assessment Short Form-Revised (MNA-SF)

È la forma ridotta del test MNA per lo *screening* dei pazienti anziani ≥ 65 anni ospedalizzati o inseriti in programmi di assistenza domiciliare. L’MNA-SF è composto da sei domande sull’IMC, appetito, assunzione di cibo, calo ponderale involontario, motricità e problemi neuropsicologici.

Lo *screening* nutrizionale dovrebbe essere disponibile anche per le persone che sono incoscienti, sedate, incapaci di parlare o comunicare (a causa di problemi linguistici o a causa delle loro condizioni cliniche). Alcuni strumenti di *screening* (come il MUST) sono utilizzabili nei soggetti incoscienti, sedati, incapaci di parlare o comunicare⁽¹⁴⁾.

Due recenti metanalisi che confrontano due scale di valutazione precedentemente menzionate con il *Patient Generated Subjective Global Assessment* (PG-SGA) evidenziano come il PG-SGA ha dimostrato migliori prestazioni diagnostiche la valutazione dello stato nutrizionale nei pazienti adulti oncologici (12,13).

Il PG-SGA deriva dall'SGA ed è considerato *dall'Oncology Nutrition Dietetic Practice Group of the American Dietetic Association*, attualmente, il *gold standard* per l'oncologia.

Il PG-SGA non è considerato uno strumento di *screening* ma un questionario per la valutazione nutrizionale. Esso affronta, oltre le problematiche individuate in altri strumenti di *screening* quali il calo ponderale e l'introito di cibo, altri sintomi che influenzano l'assunzione di cibo, le capacità funzionali, l'esame obiettivo e il parere clinico. È uno strumento facile ed efficiente, ma richiede formazione e tempo per la compilazione⁽¹⁵⁾.

3

L'INFERMIERE NEL PROGRAMMA NUTRIZIONALE INTEGRATO

Un modello organizzativo capace di assicurare ai pazienti interventi nutrizionali adeguati, tempestivi, efficaci, efficienti e sicuri deve fondarsi su gruppi di lavoro interdisciplinari e multiprofessionali, in cui le diverse figure operino in stretta integrazione per una presa in carico multidimensionale del paziente⁽¹⁾.

I professionisti infermieri interagiscono frequentemente con i pazienti oncologici, dal momento della diagnosi e durante tutto il follow up, con un approccio olistico, da sempre centrato sulla persona. È indispensabile nei loro interventi che pongano una particolare attenzione all'educazione terapeutica in ambito nutrizionale nella informazione/formazione riguardo i corretti stili di vita, adesione a modelli alimentari sani, al supporto ed alla motivazione dei pazienti ad essere fisicamente attivi⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. Il ruolo degli infermieri è quello indicato dalla letteratura scientifica che li indica quali professionisti competenti per effettuare lo *screening* nutrizionale iniziale di routine per l'attivazione, quando necessario, di altri professionisti del team multidisciplinare (medici nutrizionisti o dietisti) in relazione ai bisogni assistenziali e di cura evidenziati⁽¹⁸⁾, proseguendo con *screening* di valutazione in itinere durante tutto il percorso terapeutico del paziente⁽¹⁶⁻¹⁹⁾.

L'assistenza infermieristica in ambito nutrizionale, in termini di effettuazione di *screening* e consigli nutrizionali, ha effetti positivi sul comportamento dei pazienti e sugli esiti di salute oltre che sul comportamento del caregiver⁽²⁰⁻²¹⁾, ed aumenta la capacità di autogestione del paziente⁽¹⁶⁾. Il supporto differirà in base allo stadio, sede della malattia e al diverso tipo di trattamento chemioterapico⁽²¹⁾.

CONCLUSIONI

La valutazione dello stato nutrizionale nel paziente oncologico necessita di una presa in carico multiprofessionale proattiva e l'infermiere ha un ruolo cardine nella presa in carico.

Nello specifico, si dovrebbe implementare in ogni struttura una procedura che individui le figure coinvolte e gli strumenti da utilizzare. Attualmente, tra i diversi strumenti di screening validati per la malnutrizione, non esiste un "gold standard"; l'indicazione è quella di scegliere quello di più facile utilizzo nella propria realtà lavorativa.

L'infermiere, opportunamente formato, è il professionista che, all'interno del team multidisciplinare garantisce una presa in carico proattiva attraverso:

- l'effettuazione dello *screening* nutrizionale sia al primo accesso del paziente sia ai successivi controlli periodici utilizzando lo/gli strumento/i di valutazione più appropriato/i;
- l'attivazione degli specialisti, secondo i bisogni rilevati/evidenziati;
- l'educazione sui corretti stili di vita del paziente e dei caregivers.

È necessaria, tuttavia, un'adeguata formazione specifica sull'argomento, per rispondere efficacemente ai bisogni di salute specifici, in un contesto di cura di particolare complessità.

BIBLIOGRAFIA e SITOGRAFIA

1. Linee di indirizzo percorsi nutrizionali nei pazienti oncologici. Ministero della Salute 2017
2. Cereda E, Cappello S, Colombo S, Klersy C, Imarisio I, Turri A, Caraccia M, Borioli V, Monaco T, Benazzo M, Pedrazzoli P, Corbella F, Caccialanza R. Nutritional counseling with or without systematic use of oral nutritional supplements in head and neck cancer patients undergoing radiotherapy. *Radiother Oncol.* 2018 Jan;126(1):81-88. doi: 10.1016/j.radonc.2017.10.015. Epub 2017 Oct 27. PMID: 29111172.
3. Cereda E, Turri A, Klersy C, Cappello S, Ferrari A, Filippi AR, Brugnatelli S, Caraccia M, Chiellino S, Borioli V, Monaco T, Stella GM, Arcaini L, Benazzo M, Grugnetti G, Pedrazzoli P, Caccialanza R. Whey protein isolate supplementation improves body composition, muscle strength, and treatment tolerance in malnourished advanced cancer patients undergoing chemotherapy. *Cancer Med.* 2019 Nov;8(16):6923-6932. doi: 10.1002/cam4.2517. Epub 2019 Sep 30. PMID: 31568698; PMCID: PMC6853834.
4. Caccialanza R, Cereda E, Klersy C, Nardi M, Masi S, Crotti S, Cappello S, Caissutti V, Brovia C, Lobascio F, Formisano E, Colombo S, Filippi AR, Bonzano E, Comoli P, Catenacci L, Alberti A, Musella V, Ferrari A, Imarisio I, Tancredi R, Monaco T, Ghi MG, Bossi P, Pedrazzoli P. The efficacy of immunonutrition in improving tolerance to chemoradiotherapy in patients with head and neck cancer, receiving nutritional counseling: study protocol of a randomized, open-label, parallel group, bicentric pilot study. *Ther Adv Med Oncol.* 2021 Sep 11;13:17588359211025872. doi: 10.1177/17588359211025872. PMID: 34527079; PMCID: PMC8436314.
5. Ligibel JA, Bohlke K, May AM, Clinton SK, Demark-Wahnefried W, Gilchrist SC, Irwin ML, Late M, Mansfield S, Marshall TF, Meyerhardt JA, Thomson CA, Wood WA, Alfano CM. Exercise, Diet, and Weight Management During Cancer Treatment: ASCO Guideline. *J Clin Oncol.* 2022 Aug 1;40(22):2491-2507. doi: 10.1200/JCO.22.00687. Epub 2022 May 16. PMID: 35576506.
6. Mueller C, Compher C, Ellen DM. A.S.P.E.N. clinical guidelines: Nutrition screening, assessment, and intervention in adults. *J Parenter Enteral Nutr.* 2011;35(1):16–24.
7. Freijer K, Tan SS, Koopmanschap MA, Meijers JM, Halfens RJ, Nuijten MJ. The economic costs of disease related malnutrition. *Clin Nutr* 2013;32(1):136e41.
8. Thompson KL, Elliott L, Fuchs-Tarlovsky V, Levin RM, Voss AC, Piemonte T. Oncology evidence-based nutrition practice guideline for adults. *J Acad Nutr Diet* 2017;117(2):297e310.

9. Dupuis M, Kuczewski E, Villeneuve L, Bin-Dorel S, Haine M, Falandry C, et al. Age Nutrition Chirurgie (ANC) study: impact of a geriatric intervention on the screening and management of undernutrition in elderly patients operated on for colon cancer, a stepped wedge controlled trial. *BMC Geriatr* 2017;17(1):10.
10. Muscaritoli M, Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, Bozzetti F, Hütterer E, Isenring E, Kaasa S, Krznaric Z, Laird B, Larsson M, Laviano A, Mühlebach S, Oldervoll L, Ravasco P, Solheim TS, Strasser F, de van der Schueren M, Preiser JC, Bischoff SC. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. *Clin Nutr.* 2021 May;40(5):2898-2913. doi:10.1016/j.clnu.2021.02.005. Epub 2021 Mar 15. PMID: 33946039.
11. Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, Bozzetti F, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clin Nutr* 2017;36:11e48.
12. Nakyeyune R, Ruan X, Shen Y, Shao Y, Niu C, Zang Z, Liu F. Diagnostic Performance of SGA, PG-SGA and MUST for Malnutrition Assessment in Adult Cancer Patients: A Systematic Literature Review and Hierarchical Bayesian Meta-Analysis. *Nutr Cancer.* 2022;74(3):903-915. doi:10.1080/01635581.2021.1942080. Epub 2021 Jun 30. PMID: 34187251.
13. Ruan X, Nakyeyune R, Shao Y, Shen Y, Niu C, Zang Z, Miles T, Liu F. Nutritional screening tools for adult cancer patients: A hierarchical Bayesian latent-class meta-analysis. *Clin Nutr.* 2021 Apr;40(4):1733-1743. doi:10.1016/j.clnu.2020.09.033. Epub 2020 Oct 3. PMID: 33041089.
14. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Nutrition Support in Adults Quality; Standard [QS24]; NICE: London, UK, 2012.
15. Reber E, Schönenberger KA, Vasiloglou MF, Stanga Z. Nutritional Risk Screening in Cancer Patients: The First Step Toward Better Clinical Outcome. *Front Nutr.* 2021 Apr 7;8:603936. doi:10.3389/fnut.2021.603936. PMID: 33898493; PMCID: PMC8058175.
16. Sulosaari, V.; Beurkens, J.; Hug, A.; Laviano, A.; Torcato Parreira, S. Nutrition in people with cancer. Clinical Practice Guidance for Cancer Nurses. European Oncology Nursing Society, 2021.
17. Molina-Montes E, Ubago-Guisado E, Petrova D, Amiano P, Chirlaque MD, Agudo A, Sánchez MJ. The Role of Diet, Alcohol, BMI, and Physical Activity in Cancer Mortality: Summary Findings of the EPIC Study. *Nutrients.* 2021 Nov 28;13(12):4293. doi:10.3390/nu13124293. PMID: 34959845; PMCID: PMC8709081.
18. Zhao Y, Pang D, Lu Y. The Role of Nurse in the Multidisciplinary Management of Cancer Cachexia. *Asia Pac J Oncol Nurs.* 2021 Aug 27;8(5):487-497. doi:10.4103/apjon.apjon-2123. PMID: 34527778; PMCID: PMC8420922.

19. McMahon K, Brown JK. Nutritional screening and assessment. *Semin Oncol Nurs*. 2000 May;16(2):106-12. doi:10.1053/on.2000.5549. PMID: 10842779.
20. Sharour LA. Improving oncology nurses' knowledge, self-confidence, and self-efficacy in nutritional assessment and counseling for patients with cancer: A quasi-experimental design. *Nutrition*. 2019 Jun;62:131-134. doi:10.1016/j.nut.2018.12.004. Epub 2018 Dec 12. PMID: 30878817.
21. Hopkinson JB. Nutritional support of the elderly cancer patient: the role of the nurse. *Nutrition*. 2015 Apr;31(4):598-602. doi:10.1016/j.nut.2014.12.013. Epub 2014 Dec 31. PMID: 25770325.
22. Mueller C, Comper C et al, A.S.P.E.N. Clinical Guidelines. Nutrition Screening, Assessment, and Intervention in Adults. 2011 Jan; 35(1): 16-24. <https://aspenjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1177/0148607110389335>





FNOPI

FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

