

Presupposti, obiettivi e sinergie di azione all'interno di NICE

Razionale

- Indagini epidemiologiche evidenziano come l'obesità e l'iperinsulinemia si associano ad un aumentato rischio di insorgenza di diabete e cancro.
- E' noto che le neoplasie e il loro trattamento accelerano la manifestazione clinica del diabete negli individui predisposti; la presenza di diabete a sua volta, conferisce un significativo incremento del rischio tumorale.
- Pochi dati sono disponibili in letteratura su quale sia l'approccio clinico ottimale da utilizzare nel paziente oncologico quando sviluppa alterazioni a carico del metabolismo glucidico.

Obiettivi

- Migliorare la qualità dell'assistenza offerta al paziente oncologico con diabete attraverso l'individuazione di trattamenti appropriati, basati sulle linee guida delle società scientifiche.
- Favorire lo sviluppo delle competenze professionali e sviluppare un serie di capacità quali quella di collaborazione e integrazione, di trasferimento delle proprie conoscenze, di comunicazione ai fini del miglioramento del servizio e quindi della cura attraverso le tecniche di "team building".

Indagine conoscitiva sulla gestione delle complicanze glicemiche nel paziente oncologico (Survey)

- 1) Nella gestione del diabete dei pazienti oncologici con percorso diagnostico terapeutico in atto, viene richiesta la consulenza diabetologica?
- 2) Qual è la prevalenza di pazienti oncologici, tra i tuoi assistiti affetti da diabete?
- 3) La presenza di neoplasie attive condiziona la nutrizione dei tuoi pazienti (restrizioni dietetiche, diete formula per la nutrizione artificiale, altro)?
- 4) La presenza di neoplasie attive modifica le tue scelte di terapie antidiabetiche?
- 5) Quando scegli personalmente la terapia antidiabetica per un paziente oncologico in stadio avanzato/terminale, le tue preferenze ricadono su:
- 6) Le segnalazioni apparse in letteratura sul rischio di tumori con alcune terapie antidiabetiche (glargine, pioglitazone, agonisti recettoriali GLP-1) condizionano le tue scelte terapeutiche?
- 7) In un paziente oncologico diabetico in nutrizione artificiale, quale terapia antidiabetica utilizzi con maggiore frequenza?
- 8) In un paziente oncologico con diabete e aspettativa di vita verosimilmente di mesi, quale ambito glicemico consideri più appropriato?
- 9) In un paziente oncologico con diabete e aspettativa di vita verosimilmente di giorni, quale ambito glicemico consideri più appropriato?
- 10) In un paziente oncologico con diabete e aspettativa di vita verosimilmente di mesi, con quale frequenza ritieni appropriato effettuare il monitoraggio glicemico in caso di terapie con potenziale rischio di ipoglicemie?
- 11) In un paziente oncologico con diabete e aspettativa di vita verosimilmente di giorni, con quale frequenza ritieni appropriato effettuare il monitoraggio glicemico in caso di terapie con potenziale rischio di ipoglicemie?
- 12) Adotti differenze nella gestione dei pazienti oncologici terminali, se sono affetti da diabete tipo 1 piuttosto che di tipo 2?
- 13) In un paziente oncologico diabetico in trattamento chemioterapico, in scompenso glicometabolico, come intervieni?
- 14) Quali sono, in base alla tua esperienza, le principali complicanze acute nella gestione di un paziente oncologico?
- 15) Quali ritieni siano le principali difficoltà nella gestione di un paziente oncologico affetto da diabete?
- 16) Quali dei seguenti farmaci antitumorali sono risultati, nella tua esperienza, a maggior rischio di scompenso glicemico/metabolico?
- 17) Oltre alle iperglicemie indotte dagli steroidi, quali altri farmaci antitumorali sono risultati associati con maggior frequenza ad alterazioni della glicemia, tra i tuoi pazienti?
- 18) La presenza di diabete (o di complicanze diabetiche) peggiora nella tua esperienza l'esito delle terapie antitumorali? (infezioni, sepsi, disturbi elettrolitici, effetti tossici, altro)?

Cartella nutrizionale

1. Peso corporeo rilevato al momento del ricovero e settimanalmente, statura (antropometro fisso o portatile, apertura delle braccia o demispan oppure attraverso determinazione altezza del ginocchio) e calcolo IMC
 2. Valutazione parametri biomorali di malnutrizione
 3. Utilizzo indici nutrizionali (**PG-SGA***) [sezioni dedicate all'indagine di: peso corporeo, introito alimentare, sintomi, attività e funzioni, stato di malattia e relazione con i fabbisogni nutrizionali, richiesta metabolica, esame obiettivo; al termine determinazione valutazione globale]
 4. Valutazione dei fabbisogni nutrizionali
 5. Valutazione dell'assunzione dietetica attraverso questionario semiquantitativo per la stima degli scarti alimentari con l'ausilio dell'atlante fotografico delle porzioni degli alimenti dell'Istituto Scotti Bassani (per pazienti che non presentano disfagia severa)
- *Bauer J: Use of the scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) as a nutrition assessment tool in patients with cancer. Eur J Clin Nutr. 2002 Aug;56(8):779-85.

Progetto

2 eventi macroregionali: Piemonte – Valle D'Aosta (23-24/01/2014) - Campania (fine Marzo)
I corsi si svolgeranno in 2 giornate per un totale di circa 12 ore formative articolate in quattro sessioni (lezioni teoriche frontali, lavori in piccoli gruppi, discussione in plenaria, discussione e confronto con gli esperti).

Metodi

- Indagine conoscitiva sulla gestione delle complicanze glicemiche nel paziente oncologico (Survey)
- Valutazione stato nutrizionale

Protocollo per la gestione del PAZIENTE ONCOLOGICO CON DIABETE MELLITO

Paziente oncologico visto in visita ambulatoriale/DH oncologico

Paziente oncologico degente o visto in consulenza di reparto durante ricovero ospedaliero

La valutazione deve comprendere le seguenti informazioni

- ➔ Anamnesi valutazione generale
- ➔ Motivo della visita e valutazione attuale
- ➔ Impostazione del target glicemico
- ➔ Impostazione/modificazione della terapia
- ➔ Training educativo durante il ricovero
- ➔ Impostazione ex-novo di terapia insulinica
- ➔ Fissare appuntamenti di controllo e fornire allegati

Classificazione stadio malnutrizione in base all'IMC

Determinazione dei fabbisogni

(in pazienti con normale funzionalità epatica e renale)

| Classificazione | IMC | Rischio di sviluppare un problema di salute | Caratteristiche intervento nutrizionale in relazione al grado di malnutrizione | | | | | |
|-------------------------|-------------|---|--|---------------|-------|------------------|-------|---------------|
| | | | Kcal (kcal/kg/die) | Pt (g/kg/die) | Cho % | Carico glicemico | Lp % | Acqua mL/kcal |
| Malnutrizione grave | < 16 | Estremamente alto | 35 | 2 | 45-60 | Basso | 25-30 | 1-1,5 |
| Malnutrizione moderata | 16 - 16,9 | Alto | 30 | 1,8 | 45-60 | Basso | 25-30 | 1-1,5 |
| Malnutrizione lieve | 17 - 18,4 | Aumentato | 25 | 1,2 | 45-60 | Basso | 25-30 | 1-1,5 |
| Malnutrizione possibile | 18,5 - 19,9 | Leggermente aumentato o minimo | 25 | 1 | 45-60 | Basso | 25-30 | 1-1,5 |
| Normopeso | 20 - 24,9 | Minimo | 20 | 0,8 | 45-60 | Basso | 25-30 | 1-1,5 |

Se paziente con ridotta funzionalità renale : apporto proteico 0,6 - 0,7 g/kg/die

Se paziente con ridotta funzionalità epatica: lipidi 20% kcal tot die

Storia dietetica per i diversi pasti della giornata

Carico glicemico e frequenza di consumo di alcuni alimenti consumati a colazione, pranzo e cena

| Alimenti consumati | Porzione di riferimento (g) | Altra porz. (g) | Consist. Alimento | Frequenza | Carico glicemico per porzione di riferimento | Carico glicemico per altra porzione spec. |
|---|---|-----------------|-------------------|----------------------------|--|---|
| Colazione | | | | | | |
| Biscotti secchi CG per 100g = 52 | n.1 (5g) | | | ___/7/15/30 | 3 | |
| Succo di frutta CG per 100g = 7 | 180 ml (un bicchiere di plastica colmo) | | | ___/7/15/30 | 13 | |
| Latte p.s CG per 100g = 1,6 | 1 bicch. pl = 180g 1 tazza = 200g | | | ___/7/15/30 ___/7/15/30 | 2,9 3 | |
| Pranzo | | | | | | |
| Pasta di semola CG per 100g = 32 | Piatto medio = 80g | | | ___/7/15/30 | 26 | |
| Riso parboiled CG per 100g = 49 | Piatto medio = 80g | | | ___/7/15/30 | 39 | |
| Fagioli secchi (cannellini) CG per 100g = 15 | | | | ___/7/15/30 | | |
| Cena | | | | | | |
| Patate CG per 100g = 9 | Piatto medio = 150g | | | ___/7/15/30 | 13,5 | |
| Pane integrale CG per 100g = 38 | 1 fetta media = 50g | | | ___/7/15/30 | 19 | |
| Pane bianco CG per 100g = 47 | 1 rosetta piccola = 50g | | | ___/7/15/30 | 23,5 | |
| Frutta (mela) CG per 100g = 5 | 1 mela media = 150g | | | ___/7/15/30 | 7,5 | |