



La Nutrizione nel Percorso Oncologico

Piero Rivizzigno, Codice Viola

Pieve Eamanuele, 12 Marzo 2026

Cosa facciamo



Codice Viola è impegnata a migliorare la **sopravvivenza** e la **qualità della vita** dei pazienti affetti da adenocarcinoma del pancreas.

Il nostro impegno è focalizzato a fornire:

supporto ai pazienti e alle famiglie facilitando l'**accesso alle conoscenze cliniche** aggiornate sulla base di evidenze scientifiche

creazione di **consapevolezza nella comunità dei pazienti** e familiari e nell'opinione pubblica dei problemi che devono affrontare i malati affetti da adenocarcinoma del pancreas

patrocinio delle istanze dei pazienti e della ricerca presso le istituzioni pubbliche preposte al governo della salute

.

**CODICE
VIOLA**

First trial fully sponsored by patients' associations

MY EVEREST

CODICE VIOLA

OUTRE PACIFICA

Associazione Italiana Malattia di Alzheimer

Alzheimer Italia, IAD - San Raffaele Hospital, Vita-Salute University - Milan, Italy

Delibera Rete Nutrizionale Oncologica



Nutrizione: terreno scivoloso

CODICE
VIOLA



E la ricerca?



VIEWPOINT

The Challenge of Reforming Nutritional Epidemiologic Research

John P. A. Ioannidis, MD, DSc
Stanford Prevention Research Center and Meta-Research Innovation Center at Stanford (METRICS), Stanford University, Stanford, California.

Some nutrition scientists and much of the public often consider epidemiologic associations of nutritional factors to represent causal effects that can inform public health policy and guidelines. However, the emerging picture of nutritional epidemiology is difficult to reconcile with good scientific principles. The field needs radical reform.

In recent updated meta-analyses of prospective cohort studies, almost all foods revealed statistically significant associations with mortality risk.¹ Substantial deficiencies of key nutrients (eg, vitamins), extreme overconsumption of food, and obesity from excessive calories may indeed increase mortality risk. However, can small intake differences of specific nutrients, foods, or diet patterns with similar calories causally, markedly, and almost ubiquitously affect survival?

Assuming the meta-analyzed evidence from cohort studies represents life span–long causal associations, for a baseline life expectancy of 80 years, eating 12 hazelnuts daily (1 oz) would prolong life by 12 years (ie, 1 year per hazelnut),¹ drinking 3 cups of coffee daily would achieve a similar gain of 12 extra years,² and eating a single mandarin orange daily (80 g) would add 5 years of life.¹ Conversely, consuming 1 egg daily would reduce life expectancy by 6 years, and eating 2 slices of bacon (30 g) daily would shorten life by a decade, an effect worse than smoking.¹ Could these results possibly be true? Authors often use causal language when reporting the findings from these studies (eg, “optimal consumption of risk-decreasing foods results in a 56% reduction of all-cause mortality”).¹ Burden-of-disease studies and guidelines endorse these estimates. Even when authors add caveats, results are still often presented by the media as causal.

These implausible estimates of benefits or risks associated with diet probably reflect almost exclusively the magnitude of the cumulative biases in this type of research, with extensive residual confounding and selective reporting.³ Almost all nutritional variables are correlated with one another; thus, if one variable is causally related to health outcomes, many other variables will also yield significant associations in large enough data sets. With more research involving big data, almost all nutritional variables will be associated with almost all outcomes. Moreover, given the complicated associations of eating behaviors and patterns with many time-varying social and behavioral factors that also affect health, no currently available cohort includes sufficient information to address confounding in nutritional associations.

Furthermore, the literature is shaped by investigators who report nonprespecified results that are possible to analyze in very different ways.⁴ Consequently, meta-analyses become weighted averages of expert opinions. In an inverse sequence, instead of carefully conducted primary studies informing guidelines, expert-driven guidelines shaped by

advocates dictate what primary studies should report. Not surprisingly, an independent assessment by the National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine of the national dietary guidelines suggested major redesign of the development process for these guidelines: improving transparency, promoting diversity of expertise and experience, supporting a more deliberative process, managing biases and conflicts, and adopting state-of-the-art processes.⁵

Proponents of the status quo may maintain that the true associations are even larger than what are reported because of attenuation from nondifferential misclassification. Indeed, self-reported data have error,⁶ but there is no guarantee it is nondifferential. Nevertheless, if error is nondifferential and estimated effects are attenuated, reported results become even more implausible: eating 12 hazelnuts daily would increase life expectancy by 20 to 30 years, not just 12 years.

Individuals consume thousands of chemicals in millions of possible daily combinations. For instance, there are more than 250 000 different foods and even more potentially edible items, with 300 000 edible plants alone. Seemingly similar foods vary in exact chemical signatures (eg, more than 500 different polyphenols). Much of the literature silently assumes disease risk is modulated by the most abundant substances; for example, carbohydrates or fats. However, relatively uncommon chemicals within food, circumstantial contaminants, serendipitous toxicants, or components that appear only under specific conditions or food preparation methods (eg, red meat cooking) may be influential. Risk-conferring nutritional combinations may vary by an individual's genetic background, metabolic profile, age, or environmental exposures. Distinguishing the potential influence on health outcomes of a single dietary component from these other variables is challenging, if not impossible.

To use an analogy from genetics, studying associations of specific foods is like studying whether large chromosomal regions increase mortality risk. For decades, genome linkage scans struggled to link large chromosomal areas to disease risk. According to current knowledge, these previous efforts were doomed: each chromosomal area contains thousands of genetic variants. Linkage scans resulted in numerous articles, but limited useful information. Retrospectively, using a few hundred microsatellite markers to study an entire genome with many million polymorphisms seems naive. Similarly, limited self-reported nutrition data ascertained with a handful of questions and self-reported items fail to acknowledge or accurately measure a system that matches or exceeds the genome in complexity.

Beyond food studies, results of single-nutrient studies have largely failed to be corroborated in randomized trials. False-positive associations are common in the literature. For example, updated meta-analyses of published

John Ioannidis, noto epidemiologo della università di Stanford, raccomanda attenzione nella valutazione dei risultati delle ricerche in campo nutrizionali raramente supportate da evidenze di sperimentazioni randomizzate

Corresponding Author: John P. A. Ioannidis, MD, DSc, Stanford Prevention Research Center, Stanford University, 1265 Welch Rd, M/C 5411, Stanford, CA 94305 (jioannid@stanford.edu).

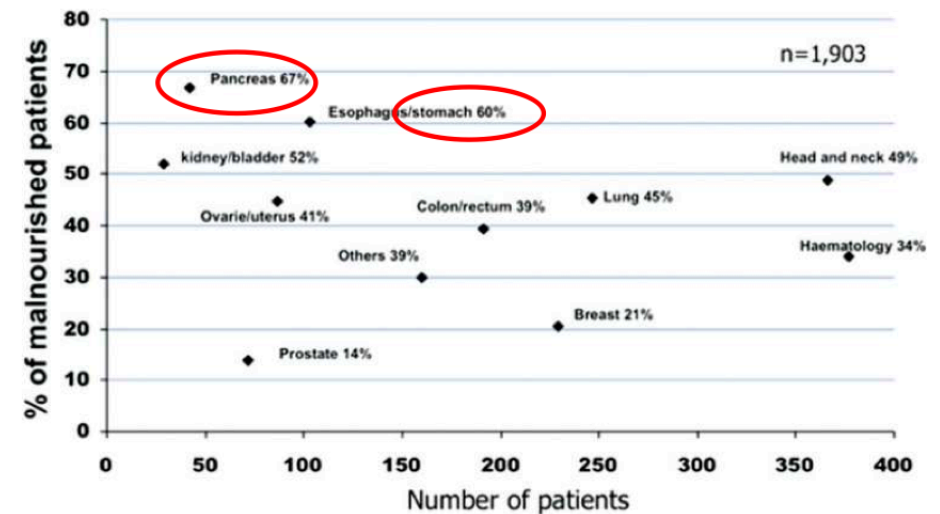
jama.com

Rilevanza del problema

Fino al 70% dei pazienti oncologici presenta problemi nutrizionali

Il 20–30% di chi perde peso rischia conseguenze gravi, indipendenti dal tumore stesso

La malnutrizione aumenta la tossicità delle terapie e riduce la qualità della vita



La risposta della Lombardia



Un percorso nutrizionale obbligatorio e standardizzato

Screening sistematico in ogni ospedale

Centri di riferimento specializzati (hub & spoke)

Dati certificati per combattere le fake news nutrizionali

PDTA e centri di riferimento



Delibera Centri Prescrittori Nutrizione Oncologica



Regione Lombardia
LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° XII / 3561

Seduta del 09/12/2024

Presidente **ATTILIO FONTANA**

Assessori regionali **MARCO ALPARONE** *Vicepresidente*
ALESSANDRO BEDUSCHI
GUIDO BERTOLASO
FRANCESCA CARUSO
GIANLUCA COMAZZI
ALESSANDRO FERMI
PAOLO FRANCO
GUIDO GUIDESI

ROMANO MARIA LA RUSSA
ELENA LUCCHINI
FRANCO LUCENTE
GIORGIO MAIONE
BARBARA MAZZALI
MASSIMO SERTORI
CLAUDIA MARIA TERZI
SIMONA TIRONI

Con l'assistenza del Segretario Riccardo Perini

Su proposta dell'Assessore Guido Bertolaso

Oggetto

RETE REGIONALE DELLA NUTRIZIONE CLINICA: INDIVIDUAZIONE DEI CENTRI PRESCRITTORI DELLA NUTRIZIONE ARTIFICIALE DOMICILIARE (NAD) E DEI CENTRI DI NUTRIZIONE ARTIFICIALE ONCOLOGICA

Centri Prescrittori e Team Multidisciplinari

Unità Operativa di Nutrizione Clinica (UONC)

ASP ISTITUZIONI ASSISTENZIALI RIUNITE DI PAVIA
ASST GAETANO PINI-CTO
ASST GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA
ASST LARIANA
ASST LECCO
ASST MELEGNANO E MARTESANA
ASST OVEST MILANESE
ASST PAPA GIOVANNI XXIII
ASST PAVIA
ASST SANTI PAOLO E CARLO
ASST SPEDALI CIVILI
ASST MANTOVA
FONDAZIONE IRCCS ISTITUTO NAZIONALE TUMORI
FONDAZIONE IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO

Team Nutrizionale Multidisciplinare (TNM)

ASP MARTINI E STELLINE E PIO ALBERGO TRIVULZIO	FONDAZIONE TERESA CAMPLANI - CASA DI CURA ANCELLE DELLA CARITA'
ASST BERGAMO EST	HUMANITAS GAVAZZENI
ASST BERGAMO OVEST	HUMANITAS MIRASOLE - IRCCS ISTITUTO CLINICO HUMANITAS
ASST BRIANZA	ICS MAUGERI SPA SB - IRCCS CENTRO MEDICO DI PAVIA
ASST CREMONA	IRCCS EUGENIO MEDEA - ISTITUTO SCIENTIFICO MEDEA-BOSSIO P.
ASST DEL GARDA	IRCCS I.N.R.C.A. CASATENOVIO
ASST DELLA VALCAMONICA	IRCCS OSPEDALE GALEAZZI - SANT' AMBROGIO
ASST CREMA	IRCCS OSPEDALE SAN RAFFAELE
ASST FATERENEFRELLI SACCO	IRCCS POLICLINICO SAN DONATO SPA
ASST FRANCIACORTA	ISTITUTI CLINICI DI PAVIA E VIGEVANO SPA - ISTITUTO CLINICO BEATO MATTEO
ASST LODI	ISTITUTI CLINICI DI PAVIA E VIGEVANO SPA - ISTITUTO DI CURA CITTÀ DI PAVIA
ASST NORD MILANO	ISTITUTI CLINICI ZUCCHI SPA - PRESIDIO DI CARATE
ASST RHODENSE	ISTITUTI OSPEDALIERI BERGAMASCHI - POLICLINICO SAN MARCO
ASST SETTE LAGHI	ISTITUTI OSPEDALIERI BERGAMASCHI - POLICLINICO SAN PIETRO
ASST VALLE OLONA	ISTITUTI OSPEDALIERI BRESCIANI S.P.A. - ISTITUTO CLINICO CITTA' DI BRESCIA
ASST VALTELLINA E ALTO LARIO	ISTITUTI OSPEDALIERI BRESCIANI S.P.A. - ISTITUTO CLINICO S. ANNA
CASA DI CURA BEATO PALAZZOLO	ISTITUTI OSPEDALIERI BRESCIANI S.P.A. - ISTITUTO CLINICO SAN ROCCO
CASA DI CURA FONDAZIONE GAETANO E PIERO BORGHI	ISTITUTO CLINICO QUARENGHI SRL - S. PELLEGRINO TERME
CASA DI CURA LE TERRAZZE CUNARDO	ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA S.R.L.
CASA DI CURA PALAZZOLO-FOND. DON GNOCCHI	ITALIA HOSPITAL - OSPEDALE MORIGGIA PELASCINI DI GRAVEDONA
CASA DI CURA S. FRANCESCO - BERGAMO	MULTIMEDICA S.P.A. - CASA DI CURA S. MARIA
CENTRO DI RIABILITAZIONE ETTORE SPALENZA - FONDAZIONE DON CARLO GNOCCHI - ONLUS	MULTIMEDICA S.P.A. - IRCCS MULTIMEDICA SESTO
CONF. SUORE INFERMIERE DELL'ADDOLORATA - OSPEDALE VALDUCE	MULTIMEDICA S.P.A. - OSPEDALE SAN GIUSEPPE
CLINICA POLISPECIALISTICA SAN CARLO PADERNO DUGNANO	MULTIMEDICA S.P.A. - VILLA BIANCA CASA DI CURA
PALAZZOLO	OSPEDALE SAN PELLEGRINO DI CASTIGLIONE DELLE STIVIERE
FONDAZIONE EUROPEA DI RICERCA BIOMEDICA - OSPEDALE SANT'ISIDORO TRESORE BALNEARIO	POLICLINICO DI MONZA
FONDAZIONE IRCCS CA GRANDA OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO MILANO	VILLA GEMMA CASA DI CURA SPA - VILLA BARBARANO
FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI	VILLA GEMMA CASA DI CURA SPA - VILLA GEMMA
FONDAZIONE POLIAMBULANZA	ISTITUTI CLINICI SCIENTIFICI MAUGERI SPA SB - IRCCS Ist. Scientifico Di Riabilitazione - MI
FONDAZIONE TERESA CAMPLANI - CASA DI CURA "DOMUS SALUTIS"	

IL percorso nutrizionale



1

Screening

Entro 48h dal ricovero (o alla diagnosi) il personale valuta il tuo rischio di malnutrizione con test validati (MUST / NRS-2002)

2

Valutazione

Il medico nutrizionista e/ o dietista effettua una valutazione completa: peso, composizione corporea, abitudini alimentari, qualità della vita

3

Trattamento

Viene costruito un piano personalizzato: consigli alimentari → integratori orali (ONS) → nutrizione enterale → parenterale, in base alle tue esigenze

4

Follow-up

Monitoraggio continuo durante tutta la terapia oncologica. Al bisogno, supporto domiciliare (NAD) e teleconsulto

ONS, Supplementi nutrizionali orali

NAD, Nutrizione Artificiale Domiciliare

Screening non effettuato?



–20%

del rimborso all'ospedale (DRG)

Cosa significa per il paziente

Significa che ogni paziente ricoverato ha il diritto di ricevere lo screening nutrizionale e che l'ospedale ne risponde economicamente.

Attenzione alle bufale



Cosa circola online

- «Questa dieta cura il cancro»
- «Lo zucchero alimenta le cellule tumorali, eliminalo»
- «Il digiuno terapeutico sostituisce la chemio»
- «Gli integratori naturali non hanno effetti collaterali»

Queste affermazioni non sono supportate da evidenze scientifiche e possono essere pericolose.

Cosa garantisce il PDTA

Linee guida ESPEN/AIOM

Protocolli approvati da esperti internazionali

Dati reali da registro IRMO

Registro italiano di malnutrizione in oncologia

Team multidisciplinare

Oncologo, nutrizionista, dietista, infermiere, farmacista, psicologo

Diritti del paziente oncologico



1

Valutazione nutrizionale
completa alla diagnosi

2

Monitoraggio continuo
per tutta la durata delle
terapie

3

Informazioni chiare e
comprensibili sulla tua
nutrizione

4

Assistenza domiciliare
(NAD) se necessaria

5

Accesso gratuito ai
trattamenti nutrizionali
prescritti

6

Dimissioni protette con
piano nutrizionale
strutturato

Conclusioni



1 La nutrizione è parte della cura

Fino al 70% dei pazienti oncologici è a rischio di malnutrizione.

La perdita di peso peggiora la tolleranza alle terapie e riduce la sopravvivenza, indipendentemente dal tumore.

Chiedere lo screening nutrizionale entro 48h dal ricovero è un tuo diritto. Non aspettare che te lo propongano.

2 La delibera è uno strumento — usalo

La DGR XII/4437 non è un documento burocratico. È un contratto tra il SSR e il paziente.

Se lo screening non viene eseguito o documentato correttamente, l'ospedale perde il 20% del rimborso DRG.

Hai un diritto esigibile. Se non viene rispettato, segnalalo al tuo medico, al team nutrizionale.

3 Dati certificati, bufale

La nutrizione in oncologia è il campo più inquinato da disinformazione online.

Le uniche raccomandazioni affidabili provengono da ESPEN, AIOM e dai registri clinici reali (IRMO).

Il tuo nutrizionista è l'unico interlocutore legittimo. Riferisci sempre al team prima di modificare la dieta.