

PERDITA DI APPETITO DURANTE LE TERAPIE ONCOLOGICHE

Strategie nutrizionali pratiche per contrastare il calo ponderale e preservare la massa muscolare

A cura della Dott.ssa Rosaria Avallone

Biologa Nutrizionista

Iscrizione Ordine Nazionale dei Biologi AA_100258

La perdita di appetito rappresenta uno dei problemi nutrizionali più frequenti durante il percorso oncologico. Può comparire in momenti differenti della malattia e può essere legata sia alla patologia stessa sia agli effetti dei trattamenti o ai sintomi che li accompagnano.

Mangiare meno per qualche giorno può sembrare un problema secondario. Quando però la riduzione dell'introito alimentare persiste nel tempo, può determinare un progressivo calo del peso corporeo e, soprattutto, della massa muscolare.

È proprio questo l'aspetto sul quale è importante intervenire precocemente.

Nel paziente oncologico, infatti, l'obiettivo nutrizionale non è semplicemente quello di "mangiare di più", ma di riuscire a garantire all'organismo una quantità adeguata di energia e nutrienti anche quando l'appetito è ridotto.

Nella pratica clinica mi confronto frequentemente con pazienti che riferiscono di non avere fame, di sentirsi sazi dopo poche forchettate o di non riuscire più a consumare le porzioni abituali. In questi casi insistere su pasti abbondanti può essere controproducente: è spesso molto più efficace modificare l'organizzazione della giornata alimentare e aumentare la densità energetica e proteica di ciò che il paziente riesce effettivamente a mangiare.

Perché durante le terapie può diminuire l'appetito?

La perdita di appetito, definita anche **anoressia**, può avere origine multifattoriale.

La malattia oncologica può determinare alterazioni metaboliche e infiammatorie capaci di interferire con i normali segnali che regolano fame e sazietà. A queste possono aggiungersi gli effetti delle terapie e numerosi sintomi che rendono più difficile alimentarsi.

Tra le cause più frequenti troviamo:

- nausea e vomito;
- alterazioni del gusto e dell'olfatto;
- secchezza della bocca;
- mucosite o difficoltà nella deglutizione;

- sazietà precoce;
- diarrea o stipsi;
- dolore;
- affaticamento;
- ansia e preoccupazione;
- cambiamenti nelle preferenze alimentari.

Anche odori che prima risultavano piacevoli possono improvvisamente diventare fastidiosi e alcuni alimenti possono assumere un sapore diverso.

Per questo motivo la perdita di appetito non deve essere interpretata come una semplice "mancanza di volontà" del paziente.

È un sintomo reale e complesso che merita di essere riconosciuto, valutato e affrontato.

Quando la perdita di appetito diventa un problema nutrizionale?

Una riduzione occasionale dell'appetito non comporta necessariamente conseguenze importanti.

Il problema nasce quando il paziente introduce, per giorni o settimane, una quantità di energia e proteine significativamente inferiore rispetto alle proprie necessità.

Il primo segnale visibile può essere il calo ponderale, ma il peso non racconta tutta la storia.

Durante la perdita di peso il paziente può perdere anche massa muscolare.

La riduzione della massa muscolare può tradursi in:

- maggiore stanchezza;
- riduzione della forza;
- difficoltà nelle normali attività quotidiane;
- peggioramento dell'autonomia;
- minore capacità di recupero;
- maggiore vulnerabilità agli stress legati alla malattia e ai trattamenti.

Per questo motivo le linee guida internazionali raccomandano di valutare periodicamente non soltanto il peso, ma anche l'introito alimentare, le variazioni ponderali e, quando indicato, la composizione corporea e la funzionalità muscolare.

Un calo ponderale involontario, anche apparentemente modesto, merita particolare attenzione soprattutto quando si verifica in poco tempo.

È quindi utile monitorare il peso con regolarità e riferire al team curante non soltanto quanti chilogrammi sono stati persi, ma anche **in quanto tempo** e se contemporaneamente si è verificata una riduzione dell'introito alimentare.

Un calo di peso involontario non dovrebbe essere considerato una conseguenza inevitabile della malattia oncologica: deve essere segnalato precocemente al team sanitario.

Anoressia e cachessia non sono la stessa cosa

È importante distinguere la semplice perdita di appetito dalla **cachessia oncologica**.

L'anoressia descrive principalmente una riduzione del desiderio di mangiare.

La cachessia, invece, è una sindrome metabolica complessa caratterizzata dalla perdita progressiva di peso e soprattutto di massa muscolare, che non può essere spiegata esclusivamente dalla riduzione dell'introito alimentare.

Infiammazione sistemica, alterazioni metaboliche e aumento del catabolismo possono contribuire alla sua comparsa.

Questo significa che, nei pazienti a rischio, non è sufficiente aspettare che il peso diminuisca molto prima di intervenire.

L'identificazione precoce del rischio nutrizionale permette di adottare strategie più efficaci e personalizzate.

Come evitare il calo ponderale: non più cibo, ma più nutrimento

Quando l'appetito diminuisce, uno degli errori più frequenti è cercare di mantenere a tutti i costi le stesse porzioni di prima.

Un piatto molto abbondante può risultare difficile da affrontare e generare ulteriore rifiuto del cibo.

La strategia nutrizionale deve invece cambiare.

L'obiettivo diventa:

poco volume, maggiore densità energetico-proteica.

Questo significa concentrare energia e proteine in quantità di cibo relativamente piccole, senza costringere il paziente ad aumentare eccessivamente il volume delle porzioni.

In altre parole, quando il paziente riesce a mangiare poco, è importante cercare di fare in modo che quel poco sia nutrizionalmente efficace.

Un piccolo pasto ben costruito può quindi risultare più utile di un grande piatto che il paziente riesce a consumare soltanto in minima parte.

Pasti piccoli e frequenti: perché possono aiutare?

Quando sono presenti scarso appetito o sazietà precoce può essere utile suddividere l'alimentazione in **5-6 piccoli pasti durante la giornata**, invece di concentrarla esclusivamente nei tre pasti principali.

Il paziente può quindi consumare qualcosa ogni 2-3 ore, adattando quantità e orari ai momenti della giornata nei quali sente maggiormente appetito.

Non è necessario che il pasto principale sia necessariamente il pranzo o la cena.

Se al mattino il paziente ha più fame, ad esempio, la colazione può diventare uno dei pasti nutrizionalmente più importanti della giornata.

Può essere utile anche:

- mangiare nei momenti in cui l'appetito è maggiore;
- iniziare il pasto dalla componente proteica;
- tenere disponibili piccoli spuntini pronti;
- evitare di aspettare di avere molta fame prima di mangiare;
- bere prevalentemente lontano dai pasti quando i liquidi aumentano la sensazione di pienezza;
- scegliere preparazioni semplici, gradite e facilmente consumabili.

L'obiettivo non è imporre orari rigidi, ma sfruttare ogni momento nel quale il paziente riesce ad alimentarsi meglio.

Cosa significa aumentare la densità energetico-proteica?

Quando l'appetito è ridotto, aumentare semplicemente le dimensioni delle porzioni non è sempre possibile.

Può essere invece utile **arricchire nutrizionalmente le preparazioni abituali**, aumentando energia e proteine senza modificarne eccessivamente il volume.

Ad esempio, una semplice porzione di yogurt può essere arricchita con crema 100% di frutta secca e fiocchi d'avena; una vellutata può essere completata con olio extravergine d'oliva e una fonte proteica; un piccolo piatto di pasta può essere arricchito con ricotta, parmigiano o altri ingredienti compatibili con le condizioni cliniche individuali.

Tra gli alimenti che possono essere utilizzati, in base alla tolleranza individuale, troviamo yogurt greco e altri latticini, uova, pesce, legumi passati o decorticati quando meglio tollerati, olio extravergine d'oliva, avocado, frutta secca e creme 100% di frutta secca, cereali e derivati, formaggi in quantità adeguate, hummus e altre creme di legumi.

L'obiettivo non è rendere indiscriminatamente più calorica l'alimentazione di ogni paziente oncologico, ma **aumentare l'apporto energetico e proteico nei pazienti che ne hanno effettivamente necessità**, sulla base di una valutazione nutrizionale individuale.

Non esiste infatti un elenco valido per tutti.

Nausea, diarrea, disfagia, mucosite, insufficienza renale o altre condizioni cliniche possono richiedere modifiche specifiche della scelta degli alimenti, delle quantità e delle consistenze.

Proteine: attenzione soprattutto quando si mangia poco

Quando l'introito alimentare diminuisce, raggiungere un adeguato apporto proteico può diventare particolarmente difficile.

Le linee guida ESPEN indicano, nel paziente oncologico, un apporto proteico generalmente almeno pari a **1 g/kg di peso corporeo al giorno e, quando possibile e clinicamente appropriato, fino a circa 1,5 g/kg/die**.

Questo valore non deve però essere applicato automaticamente a tutti i pazienti.

Il fabbisogno deve essere individualizzato in relazione alla situazione clinica, allo stato nutrizionale, alla funzionalità renale, al tipo di trattamento e alle condizioni generali.

Dal punto di vista pratico, può essere utile distribuire piccole fonti proteiche in più momenti della giornata.

A colazione possono essere utilizzati, ad esempio, yogurt greco, latte, ricotta o uova; negli spuntini yogurt, piccoli panini con una fonte proteica o creme di frutta secca; a pranzo e a cena pesce, carne, uova, legumi, formaggi o altre fonti proteiche compatibili con le esigenze individuali.

L'obiettivo è evitare, quando possibile, di concentrare tutta la quota proteica in un unico pasto che potrebbe risultare difficile da consumare in presenza di scarso appetito.

E gli integratori nutrizionali?

Quando con la sola alimentazione non è possibile raggiungere i fabbisogni nutrizionali, il professionista può valutare l'impiego di **supplementi nutrizionali orali (ONS)** ad elevato contenuto energetico e/o proteico.

È importante non confondere i supplementi nutrizionali orali con i comuni integratori alimentari.

Gli ONS sono formulazioni specificamente studiate per fornire energia, proteine e altri nutrienti quando l'alimentazione abituale non è sufficiente.

Non devono però essere utilizzati autonomamente come sostituti indiscriminati dei pasti.

La scelta del prodotto, della quantità e del momento di assunzione dovrebbe essere effettuata sulla base di una valutazione nutrizionale individuale e condivisa con il team sanitario.

Allo stesso modo, una perdita di appetito persistente e un calo ponderale significativo devono essere riferiti al medico: in situazioni selezionate possono essere valutate anche strategie farmacologiche o differenti forme di supporto nutrizionale.

Un esempio pratico di giornata alimentare

Non si tratta di uno schema dietetico universale, ma di un esempio utile a comprendere come distribuire piccoli apporti durante la giornata quando l'appetito è ridotto.

Colazione

Yogurt greco con fiocchi d'avena, crema 100% di mandorle e frutta morbida.

Spuntino

Una piccola fetta di pane con ricotta e un filo di miele oppure una piccola porzione di frutta secca, secondo tolleranza.

Pranzo

Una piccola porzione di pasta con crema di zucchine, olio extravergine d'oliva e parmigiano, accompagnata, secondo tolleranza e fabbisogno individuale, da una piccola porzione di pesce morbido, ricotta, uovo oppure legumi passati.

Merenda

Frullato preparato con yogurt, frutta e crema 100% di frutta secca.

Cena

Vellutata di verdure con olio extravergine d'oliva, accompagnata da uovo, pesce o altra fonte proteica e da una piccola porzione di pane o patate.

Prima di dormire, se necessario

Un piccolo yogurt oppure una bevanda nutrizionalmente arricchita.

La parola chiave è **flessibilità**: quantità, consistenze e combinazioni devono essere adattate alla tolleranza e ai sintomi del singolo paziente.

Questo esempio non rappresenta quindi una dieta prescrittiva: quantità, frequenza dei pasti e scelta degli alimenti devono essere adattate al fabbisogno energetico-proteico, ai sintomi, alle terapie e alle eventuali comorbidità del singolo paziente.

Il ruolo del caregiver: aiutare senza trasformare il pasto in una battaglia

La perdita di appetito può essere difficile da vivere anche per i familiari.

Vedere una persona cara mangiare poco genera comprensibilmente preoccupazione e può portare a insistere continuamente: "devi mangiare", "hai mangiato troppo poco", "finisci almeno questo".

Anche se nasce dalla volontà di aiutare, questa pressione può trasformare il momento del pasto in una fonte di ansia.

Il caregiver può invece essere prezioso occupandosi dell'organizzazione pratica: preparare piccole porzioni, tenere a disposizione alimenti graditi, evitare odori di cucina troppo intensi quando provocano nausea, proporre senza forzare e approfittare dei momenti in cui compare spontaneamente l'appetito.

È altrettanto importante comunicare al team sanitario una riduzione significativa dell'introito alimentare o del peso.

Il cibo deve rimanere, per quanto possibile, un momento di cura e non diventare terreno di conflitto.

Cosa ci dice oggi la ricerca scientifica?

Intervenire precocemente

Le linee guida ESPEN raccomandano di monitorare regolarmente, fin dalla diagnosi, l'introito alimentare, il peso corporeo e il BMI, approfondendo lo stato nutrizionale nei pazienti che presentano elementi di rischio.

L'obiettivo è riconoscere la malnutrizione prima che diventi clinicamente evidente.

Counseling nutrizionale

Le linee guida ASCO sottolineano il ruolo del counseling nutrizionale nei pazienti oncologici con perdita di appetito e/o peso, con particolare attenzione all'educazione del paziente e del caregiver sull'utilizzo di alimenti ad elevata densità energetica e proteica.

Piccoli pasti e densità energetico-proteica

Anche il National Cancer Institute suggerisce, in presenza di perdita di appetito, di distribuire l'alimentazione in cinque-sei piccoli pasti, consumare alimenti ad elevato contenuto energetico e proteico e sfruttare i momenti della giornata nei quali l'appetito è maggiore.

La strategia, quindi, non consiste semplicemente nell'aumentare le quantità, ma nel rendere più efficace dal punto di vista nutrizionale ciò che il paziente riesce a consumare.

Dalla teoria alla pratica: la ricetta funzionale del mese

Quando l'appetito è ridotto, una preparazione efficace dovrebbe avere alcune caratteristiche precise: essere semplice, poco voluminosa, gradevole, facilmente consumabile e nutrizionalmente concentrata.

Per il mese di settembre proponiamo quindi una preparazione che utilizza anche un frutto tipico di questo periodo: la pera.



Figura 1. Crema di yogurt greco, pera, avena e mandorle. Preparazione ad elevata densità energetico-proteica, pensata per fornire energia e proteine in un volume contenuto. La consistenza morbida e la possibilità di adattarne facilmente ingredienti e quantità la rendono un esempio pratico di spuntino o colazione utilizzabile, secondo la tolleranza individuale, nei periodi di riduzione dell'appetito.

Ricetta Funzionale del Mese

Crema di yogurt greco, pera, avena e mandorle

Una preparazione morbida e versatile che può essere utilizzata come colazione o spuntino, adattando quantità e ingredienti alle esigenze individuali.

Ingredienti – 1 porzione

- 150 g di yogurt greco intero bianco
- ½-1 pera matura
- 20 g di fiocchi d'avena fini
- 15 g di crema 100% di mandorle
- cannella q.b., se gradita
- 1 cucchiaino di miele, facoltativo e secondo necessità

Preparazione

Tagliare la pera a piccoli pezzi. Se la consistenza della frutta fresca risulta poco gradita, è possibile cuocerla brevemente in padella o al vapore fino a renderla morbida.

Versare lo yogurt in una ciotola e aggiungere i fiocchi d'avena. Incorporare la crema di mandorle e completare con la pera.

Quando l'appetito è particolarmente scarso, tutti gli ingredienti possono essere frullati ottenendo una crema omogenea, più semplice da consumare lentamente.

La consistenza può essere regolata aggiungendo una piccola quantità di latte o altra bevanda indicata dal professionista.

Perché ho scelto questi ingredienti?

Yogurt greco

È una fonte di **proteine ad elevato valore biologico** e consente di concentrare una quota proteica interessante in un volume relativamente contenuto. La consistenza morbida può inoltre risultare più semplice da consumare quando masticare un pasto completo appare faticoso.

Pera

A settembre entra pienamente nella sua stagione. Quando ben matura presenta una consistenza morbida e conferisce naturalmente dolcezza alla preparazione. Può essere utilizzata anche cotta quando questa modalità risulta meglio tollerata.

Fiocchi d'avena

Forniscono prevalentemente carboidrati complessi e una quota di fibra; in una quantità contenuta contribuiscono ad aumentare l'apporto energetico della preparazione. La quantità e la consistenza possono essere adattate in presenza di sazietà precoce o disturbi gastrointestinali.

Crema 100% di mandorle

Consente di aumentare facilmente la densità energetica della preparazione: una piccola quantità apporta energia, grassi prevalentemente insaturi e una quota di proteine senza rendere necessario consumare una porzione molto più grande.

Miele

È facoltativo. Può essere utilizzato in piccole quantità quando è necessario aumentare ulteriormente l'apporto energetico o rendere la preparazione più gradevole al paziente.

Perché questa ricetta è funzionale?

In questo caso il termine "funzionale" non indica un alimento con proprietà terapeutiche contro il tumore.

La funzionalità della ricetta risiede nella sua **strategia nutrizionale**.

In un volume relativamente contenuto vengono combinati una fonte di proteine ad elevato valore biologico, una fonte di carboidrati e una fonte concentrata di grassi ed energia.

La preparazione può inoltre essere modificata nella consistenza e consumata come colazione o spuntino, rendendola adattabile alle diverse capacità di assunzione e alla tolleranza individuale.

È quindi un esempio concreto del principio affrontato in questo articolo:

quando il paziente riesce a mangiare poco, è importante cercare di far sì che quel poco sia nutrizionalmente efficace.

Conclusioni

La perdita di appetito durante le terapie oncologiche non deve essere banalizzata e, soprattutto, non dovrebbe essere affrontata soltanto quando il paziente ha già perso molto peso.

Intervenire precocemente permette di individuare le cause che ostacolano l'alimentazione e costruire strategie compatibili con le reali possibilità del paziente.

Nella pratica clinica, spesso non serve chiedere alla persona di mangiare semplicemente "di più": serve capire **come farla mangiare meglio con ciò che, in quel momento, riesce a tollerare**.

Frazionare i pasti, aumentare la densità energetico-proteica, adattare consistenze e preparazioni, distribuire le fonti proteiche durante la giornata e sfruttare i momenti di

maggiore appetito sono strategie che possono avere un ruolo importante nel mantenimento dello stato nutrizionale.

La nutrizione oncologica deve sempre rimanere personalizzata. Dietro una perdita di appetito possono infatti esserci cause differenti e ogni paziente presenta esigenze cliniche, metaboliche e terapeutiche specifiche.

Riconoscere precocemente il problema e parlarne con il proprio team sanitario rappresenta quindi il primo passo per evitare che una difficoltà apparentemente semplice come "non ho fame" evolva in una condizione nutrizionale più complessa.

Nota informativa

Le informazioni contenute nel presente articolo hanno finalità esclusivamente divulgative e informative e non intendono sostituire il parere del medico curante, dell'oncologo o degli altri professionisti sanitari coinvolti nel percorso assistenziale.

Le indicazioni nutrizionali riportate sono di carattere generale e non possono essere considerate sostitutive di una valutazione clinica individuale. Ogni paziente presenta caratteristiche nutrizionali, metaboliche e terapeutiche specifiche che richiedono un approccio personalizzato.

Eventuali modifiche dell'alimentazione, dell'integrazione o dello stile di vita devono essere sempre condivise con il proprio team sanitario di riferimento.

Dott.ssa Rosaria Avallone

Biologa Nutrizionista – Esperta in Nutrizione Clinica e Oncologica

Iscrizione Ordine Nazionale dei Biologi AA_100258

Bibliografia essenziale

- *Arends J. et al. ESPEN Practical Guideline: Clinical Nutrition in Cancer. Clinical Nutrition. 2021.*
- *Roeland E.J. et al. Management of Cancer Cachexia: ASCO Guideline. Journal of Clinical Oncology. 2020.*
- *Fearon K. et al. Definition and Classification of Cancer Cachexia: An International Consensus. Lancet Oncology. 2011.*
- *Baracos V.E. et al. Cancer-associated Cachexia. Nature Reviews Disease Primers. 2018.*
- *National Cancer Institute. Nutrition in Cancer Care (PDQ®): Loss of Appetite and Weight Loss.*
- *National Cancer Institute. Weight Changes, Malnutrition, and Cancer: Ways to Deal with Appetite Loss During Cancer Treatment.*
- *World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Diet, Nutrition, Physical Activity and Cancer.*