DESG Teaching Letter 2

METTERE UN PAZIENTE A DIETA

Chiunque può capire questo titolo, così familiare nonostante la connotazione negativa. "Mettere un paziente a dieta" significa imporre uno stile di vita senza tener conto dei desideri del paziente. In tutte le lingue la parola "dieta" ha un significato restrittivo. Il solo nominarla provoca rifiuto e frustrazione.
Scopo di questa Teaching Letter è mostrare come è possibile consigliare nuove abitudini alimentari ai pazienti tenendo il più possibile conto delle singole preferenze e degli aspetti emozionali, sociali e culturali dell'alimentazione. Ad esempio il cibo può aiutare a convivere con frustrazioni, solitudine o l'infelicità...; l'offerta di cibo è un invito all'amicizia, mentre il suo rifiuto può rappresentare un "insulto".
L'accettazione di queste premesse implica per il personale sanitario l'abbandono di un approccio rigido e standardizzato, in favore di uno stile pratico, flessibile e adattato alle esigenze individualiQuesta pianificazione alimentare è più facile da osservare, poiché dà al paziente diabetico una maggiore libertà nella vita di tutti i giorni.
Il controllo dell'alimentazione è un pilastro nel controllo del diabete, e spesso costituisce l'aspetto della cura più difficile da integrare nella vita di tutti i giorni. A peggiorare le cose, il personale sanitario manca spesso di un addestramento specifico prova disagio nell'insegnare la nutrizione ed è spesso responsabile di una popolazione vasta e variegata, senza un sufficiente aiuto professionale. Questa Teaching Letter offre dunque numerosi suggerimenti e idee che il lettore può selezionare a seconda le specifiche esigenze di carattere locale e nazionale.
Alcuni suggerimenti possono apparire come una perdita di tempo, semplicistici o troppo complessi. Tuttavia chiunque sia interessato alla cura del dovrebbe trovarvi qualche suggerimento pratico.

Possibili approcci all'insegnamento di un programma alimentare

Chi può insegnare ?

L'alimentazione deve essere insegnata. Occorre fare di tutto per ottenere la collaborazione di un(a) dietista. Se non se ne dispone, un membro dello staff sanitario deve approfondire i rapporti tra nutrizione e salute. Anche i medici e gli infermieri che lavorano da soli dovrebbero tenere programmi di educazione alimentare. La persona che insegna l'alimentazione ai pazienti dev mantenersi continuamente aggiornata, ed essere coinvolta in tutte le attività sanitarie del centro antidiabetico, educazione continua, riunioni e attività dello staff.

È inoltre possibile addestrare alcuni

pazienti diabetici come assistenti. Gli altri pazienti spesso si identificano con questi assistenti, rafforzandosi nella loro motivazione. I docenti dovrebbero essere monitorati mediante registrazione delle discussioni per una adeguata valutazione a posteriori delle attività svolte e da altre tecniche similari.

I membri dello staff sanitario dovrebbero incontrarsi ad intervalli regolari per garantire che tutti parlino lo stesso linguaggio e trasmettano ai pazienti gli stessi messaggi. E' importante inoltre appurare quanto più precocemente possibile se i pazienti stanno ricevendo informazioni errate da parte di personale con cui sono in contatto, diverso da quello sanitario (portantini, personale delle cucine, segretarie, ecc.).

Anche le associazioni dei pazienti possono fornire utile materiale educativo. Il personale sanitario dovrebbe tenersi al corrente delle loro pubblicazioni e collaborare con loro il più possibile.

Un prerequisito: imparare a conoscere i propri pazienti

È fondamentale avere informazioni sull'ambiente che circonda il paziente e sul suo *stile di vita*. Dopo aver ottenuto la fiducia del paziente con domande aperte sulle sue abitudini alimentari, l'insegnante può passare a domande più specifiche del tipo "Cosa mangia a colazione?"

È importante far emergere eventuali preconcetti del paziente, del tipo "Se non mangio carne due volte al giorno, non ho abbastanza forza per lavorare" e le abitudini sociali legate all'alimentazione ("Uno dei miei piaceri consiste nell'andare a pranzo fuori con gli amici la domenica."

È anche importante l'opinione del paziente sull'atteggiamento dei suoi familiari nei confronti del cibo ("Mia moglie ritiene che carne ai ferri, pesce, insalata, verdura e frutta siano cibi sani, e che dovremmo evitare pane, patate e riso." L'estensione dell'attività educativa ai familiari del paziente – in particolare alla persona che cucina – offre un'opportunità per conoscere i reali punti di vista e le opinioni di queste persone (per esempio un genitore che afferma con orgoglio "io compro soltanto pane per diabetici).

È importante inoltre valutare la percezione del paziente sulle relazioni esistenti tra cibo, salute e diabete (per esempio il rapporto tra obesità e diabete, o tra consumo di grassi e aterosclerosi). Possono emergere, per esempio, le convinzioni e i pregiudizi del paziente sulla possibilità di usare le erbe per ridurre la glicemia. Queste idee possono essere tollerate finché non interferiscono con il trattamento. Se interferiscono, facciamolo verificare al paziente, misurando la glicemia dopo aver preso le erbe.

Dalla discussione potrebbe emergere che il paziente non ha i mezzi sufficienti per acquistare i cibi prescritti, oppure che le preferenze del paziente per taluni cibi sono condizionate da fattori locali o etnici.

Obiettivi

Creare l'opportunità ai pazienti per scoprire la relazione tra cibo e glicemia (per esempio automonitoraggio glicemico prima e dopo l'assunzione di un dato cibo).

Fissare obiettivi realistici a breve e a lungo termine: per esempio, un paziente disturbato, con diabete insulino-

dipendente appena scoperto, non può vedere al di là di obiettivi a breve termine, come per esempio imparare la relazione tra apporto di carboidrati e glicemia.

Come operare in pratica

Scegliere metodi che incoraggiano l'autonomia del paziente.

Si può fare così:

- Adattare i consigli agli obiettivi individuali, e il trattamento allo stile di vita (per esempio come affrontare una colazione tardi o una cena al ristorante).
- Variare l'approccio educativo a secondo il tipo di paziente. Insegnare a bambini, adolescenti, giovani adulti, persone mature e anziani comporta l'adattamento delle strategie educative. Ciò non richiede più tempo rispetto all'impiego di un singolo approccio, purché l'insegnante abbia capacità educativa.
- Consentire al paziente di fare errori. Entrambi ne trarrete insegnamento. Nessuno commette errori di proposito. Bisogna quindi comprendere le ragioni che hanno indotto il paziente a commetterli.
- Usare gruppi di diverse dimensioni. I migliori risultati si ottengono combinando l'approccio individuale e di gruppo.
- Il feedback è parte dell'insegnamento. Prescindendo dall'approccio, l'insegnante deve stimare quanto ciascun paziente ha realmente compreso al termine di una sessione. Questo ritorno è indispensabile come base prima di iniziare la seduta successiva.
- Prendere in considerazione metodi didattici alternativi in aggiunta a quelli convenzionali, come conferenze, domande e risposte, diete stampate, supporti audiovisivi. Evitare i pregiudizi sui vantaggi e gli svantaggi di metodi differenti o innovativi.

Gli esempi che seguono possono adattarsi alle necessità individuali dei pazienti e al contenuto complessivo del programma. I titoli a carattere generale sono seguiti da esempi concreti.

Stimolare il paziente a chiedere informazioni che possono consentirgli di modificare lo schema di assunzione del cibo

Chiedere ai pazienti che cosa gradirebbero mangiare al pasto successivo. Chiedere quindi cosa farebbero se una o più scelte non fossero disponibili, per esempio niente patate, pane, mele, ecc. Come sostituirli?

I diabetici di ogni età possono usare modelli di cibo, figure, carte da gioco con illustrazioni di cibo, raggruppandole in base alle categorie alimentari.
Queste carte da gioco sono talora disponibili presso le associazioni di pazienti.

I cibi (sia reali che in figure) possono essere divisi in numerosi gruppi in base a diversi criteri (cibi ricchi di amido, di calorie, di carboidrati, di saccarosio, di colesterolo, ecc.).
Si può quindi chiedere al paziente di spiegare i raggruppamenti eseguiti di fronte a un esperto.

Imparare a prendere le decisioni giuste analizzando il contenuto di diversi menù

Dopo aver illustrato il programma alimentare di ciascuno e gli scambi, chiedere ai pazienti di osservare e descrivere i cibi contenuti in un vassoio. Poi chiedere di analizzare le sostituzioni.

Chiedere al paziente di descrivere la scelta di cibo disponibile nel posto dove mangia abitualmente, e quindi scrivere, disegnare o mostrare figure di un pasto corretto in base al suo programma alimentare.

Imparare scegliendo

È possibile chiedere ai pazienti e ai loro familiari di selezionare i cibi migliori per il loro pasto da un pool di confezioni e scatole per alimenti. Addestrarli a interpretare la lista degli ingredienti riportata sulle etichette.

Chiedere ai pazienti di scrivere il nome del ristorante o del bar dove mangiano di solito, con una lista dei cibi che sceglierebbero in base al loro programma alimentare, poi valutare insieme l'esercizio.

Chiedere loro di programmare un pasto per ospiti, e di spiegare cosa mangerebbero essi stessi.

Impiegare un buffet vero, chiedendo ai pazienti di giustificare le loro scelte.

Sperimentare situazioni di vita reale

Suggerire di preparare una torta di compleanno. Chiedere ai cuochi di calcolare gli scambi di carboidrati per porzione.

Chiedere a ciascun membro del gruppo di descrivere le proprie ricette abituali, con tutti i dettagli pratici. Chiedere quindi al gruppo di stimare i carboidrati e le calorie delle pietanze, suggerendo come dividerle in singole porzioni.

Andare a fare la spesa con singoli pazienti o con un gruppo osservando, criticando e rispondendo alle domande.

Andare al ristorante o al bar dell'ospedale con singoli pazienti o con l'intero gruppo osservando, criticando e rispondendo alle domande.

Interazioni e gruppi di discussione

Chiedere a ciascun membro del gruppo di illustrare come si attiene al suo programma alimentare. Chiedere loro di illustrare i problemi incontrati (per esempio "Quando sono solo in casa mi deprimo e inizio a mangiare dolci. Non so cosa fare!") e aiutarli a trovare soluzioni.

Proporre una discussione di gruppo in cui i pazienti esprimano le loro impressioni programma alimentare basato sugli scambi, in confronto all'alimentazione libera che seguivano prima del diabete.

Suggerimenti sul contenuto di un programma di insegnamento

Tenere la mente aperta ai cambiamenti (per esempio, forse lo zucchero da tavola non innalza la glicemia così in fretta come

si crede comunemente).

Insegnare un concetto alla volta, tralasciando i dettagli inutili (per esempio spiegare che carboidrati innalza la glicemia).

Iniziare il programma alimentare per un diabetico obeso riducendo la quantità di uno o due cibi di cui il paziente abusa.

Spiegare che l'alimentazione di un diabetico insulino-dipendente non obeso non differisce da una dieta standard, a condizione che i carboidrati siano distribuiti nell'arco della giornata.

Adattare il contenuto alle necessità individuali (per esempio, le informazioni sui grassi saturi e la prevenzione dell'aterosclerosi sono più importanti per i pazienti giovani che per gli anziani).

Contrattare con il paziente, se necessario, (per esempio, "Se proprio vuole lo zucchero nel caffè, va bene, a patto che rinunci a un frutto...").

Argomenti importanti per tutti i diabetici: contenuto in carboidrati dei cibi, lista di scambio dei carboidrati, acidi grassi saturi, polinsaturi e colesterolo, prodotti dietetici per diabetici (vantaggi e svantaggi) e cibi ricchi in fibre.

Argomenti importanti per i diabetici insulino-dipendenti non obesi: importanza di mangiare regolarmente, suddivisione e distribuzione dei carboidrati, alcol e ipoglicemia. Come compensare un aumento di attività fisica, modificazioni della dieta nel corso di malattie intercorrenti, impiego di zuccheri "rapidi" per l'ipoglicemia (uva o succo d'arancia, bibita commerciale, ecc.).

Argomenti importanti per i non insulino-dipendenti obesi: contenuto calorico dei cibi, dell'alcool e altre fonti di calorie nascoste, effetti dell'attività fisica su peso corporeo e glicemia, importanza di evitare eccessive quantità di succhi di frutta, latte o birra, anche se molto assetati.

VALUTAZIONE

Gli effetti dell'insegnamento dovrebbero essere verificati durante e dopo il corso, e a distanza di tempo. Si possono usare questionari, esami clinici, o ancora meglio un buffet organizzato allo scopo di verificare le capacità del paziente.

Anche gli insegnanti dovrebbero essere continuamente valutati.
Usare registrazioni audio o video, oppure chiedere a un altro membro dello staff di osservarti mentre istruite i pazienti.

Conclusioni

Le abitudini alimentari degli individui sono il risultato di componenti nutrizionali, emozionali e sociali. Le difficoltà di modificare tali abitudini deriva dal fatto che troppo spesso si prende in considerazione solo il fattore nutrizionale. La scarsa adesione alla dieta deriva spesso dall'incapacità di adottare un approccio educativo globale che tenga nella dovuta considerazione anche le dimensioni sociali ed emozionali.

Note sull'impiego di questa Teaching Letter

Spunti per ulteriori discussioni con gli altri membri dello staff:

- Con il tuo gruppo, elabora tre obiettivi nutrizionali importanti: per diabetici tipo 1, diabetici tipo 2 magri, e diabetici obesi.
- Coinvolgi pienamente la dietista nelle attività dello staff medico? Se sì, congratulazioni. Altrimenti, discuti le soluzioni più idonee per questa integrazione.
- Conduci un programma di addestramento alimentare per tutti i membri della tua squadra?
- Elenca cinque attività pratiche che svolgi con i tuoi pazienti durante un corso di programmazione alimentare.
- Organizzi piccoli gruppi di pazienti per discutere le loro abitudini alimentari?
- Ricorda, la dieta è il pilastro della terapia. È pertanto necessario che la tua squadra sia in grado di gestire l'approccio nutrizionale integrato ai pazienti.

Questa serie di "Teaching Letters" per medici e altri professionisti sanitari coinvolti nell'assistenza ai pazienti diabetici è stata preparata dal Diabetes Education Study Group (DESG) della European Association for the Study of Diabetes (EASD), grazie a un supporto del *Groupe de Recherche Servier*. Ed. 1996.