

# “Team preparato... paziente informato”

## E. Lenci

Dietista, Fondazione Salvatore Maugeri, Clinica del Lavoro e della Riabilitazione  
I.R.C.C.S - Istituto Scientifico di Veruno, Novara

### Il caso

Il signor Rossi di 68 anni, ricoverato nella Divisione di Cardiologia Riabilitativa con diagnosi di cardiopatia ischemica in paziente con insufficienza renale cronica stadio V K-DOQI, era stato inviato a consulenza dietistica dai medici curanti con la richiesta di una dieta per controllare i sintomi uremici e il quadro metabolico fortemente alterato. Gli esami ematochimici mostravano infatti azotemia 198 mg/dl, potassiemia 6.5 mEq/l, fosforemia 7.5 mg/dl.

Al primo colloquio il signor Rossi dichiarò immediatamente di avere già ricevuto in passato delle prescrizioni dietetiche e di non essere riuscito a seguire le indicazioni che giudicava severe, punitive, monotone, drastiche e piene di divieti incompatibili con il *modus vivendi* di una persona che palleggia la sua vita tra lavoro, casa, amici e relazioni pubbliche. Inoltre affermava di non sopportare i prodotti ipoproteici a causa del loro sapore.

Per conquistare la fiducia il paziente veniva invitato a partecipare alle riunioni di educazione alimentare, che settimanalmente si svolgono nel nostro Centro con i degenti. Il team (dietista, psicologo, infermiere, cardiologo e/o nefrologo) che collabora al programma educativo ha fornito al paziente, utilizzando strumenti sia informatici che cartacei, le informazioni necessarie a comprendere le scelte terapeutiche e aderire al piano terapeutico nutrizionale. È stato così possibile avviare un programma autogestito con menù da scegliere a seconda degli impegni quotidiani e ottenere, anche se con qualche difficoltà, l'adesione del paziente a un nuovo modello alimentare condiviso e massimamente autogestito.

Dopo tre settimane l'alito uremico era notevolmente ridotto, l'azotemia era diminuita a 147 mg/dl, la fosforemia a 5.5 mg%. Il potassio rimaneva ancora elevato (6.2 mEq/l) ma consentiva la prosecuzione della terapia con ACEi.

La stretta di mano energica del signor Rossi al termine di una visita di controllo mi confermava che il nuovo modello di approccio e l'alleanza tra paziente e staff sanitario avevano generato il giusto atteggiamento proattivo verso la malattia.

### Discussione

L'insufficienza renale cronica se ben curata dal medico e dal paziente consente di condurre una vita quasi normale. Tuttavia, le limitazioni a cui è sottoposto il paziente comportano per lui e i suoi familiari tutta una serie di riadattamenti personali e organizzativi per affrontare la nuova condizione. Spesso le prescrizioni dietetiche sono vissute come fortemente condizionanti e possono risultare dannose, in particolare se generiche o mal interpretate o con schemi precostituiti e poco conciliabili con lo stile di vita del paziente. Il metodo dei menù fissi, con alimenti base e la possibilità di sostituzioni di singoli alimenti è utile e molto seguito per le diete ipocaloriche, ma può essere fuorviante nei pazienti con insufficienza renale cronica sia in terapia conservativa che in dialisi. Infatti gli alimenti si possono sostituire in funzione di un solo nutriente (ad esempio le proteine), mentre altri, come il fosforo o il potassio, possono risultare fortemente modificati. Ad esempio, la sostituzione di 80 g di carne di vitello con 64 g di pecorino, pur fornendo la stessa quantità di proteine, aumenta l'apporto di fosforo da 171 a 377 mg: il doppio!!! Lo stesso avviene per numerosi altri alimenti in cui la semplice sostituzione per un solo nutriente non riesce ad assicurare l'apporto corretto degli altri componenti di una dieta adeguata rispondente alle Linee Guida (1).

La dieta deve essere impostata sui gusti e sulle abitudini del paziente non solo sulla diagnosi. La nostra proposta adotta diete strutturate a menù giornalieri, a contenuto fisso in nutrienti, costruiti con la collabora-

zione degli stessi pazienti con l'obiettivo di favorire l'adesione del paziente al programma nutrizionale (2). I "modelli alimentari", proprio come i modelli disegnati da uno stilista che crea abiti su misura, sono stati elaborati sulla base di interviste dietetiche condotte in "atelier", in cui abbiamo ragionato insieme ai pazienti su simulazione di piatti e su menù teorici di ristoranti, e sulla base dei dati raccolti attraverso un questionario. Le risposte dei pazienti hanno consentito di identificare delle "giornate tipo" caratterizzate da diverse esigenze alimentari:

- attività lavorativa
- pasti fuori casa
- hobby
- sport
- impegni sociali.

Con domande più specifiche sono stati evidenziati anche i gusti dei pazienti:

- cibi preferiti
- cibi a cui difficilmente si può rinunciare
- cibi graditi occasionalmente
- cibi non graditi.

Con questi dati sono stati elaborati una trentina di "modelli di menù personalizzati" e diversificati per tipologia di pasti consumati a casa o in locali di ristora-

zione pubblica (mense aziendali, fast-food, snack bar, pizzeria, ristorante) per consentire a tutti i pazienti una libera scelta personalizzata: ogni paziente può spaziare in un mondo di opzioni alimentari e attingere il suo "modello del giorno", in funzione della giornata tipo o dell'occasione speciale (3).

La palatabilità dei prodotti ipoproteici è stata affrontata sia mostrando piatti veri a base di farina ipoproteica (4) sia insegnando al paziente come si usa la farina e fornendo raccomandazioni sulla cottura e informazioni sul contenuto in nutrienti di alcuni piatti standard con l'aiuto di atlanti alimentari (5).

L'educazione alla salute, in particolare l'educazione terapeutica (ETP) (6) in ambito nutrizionale per i pazienti affetti da malattie croniche, è finalizzata a chiarire e rendere accessibile e comprensibile il maggior numero di concetti e principi sulla nutrizione allo scopo di migliorare i comportamenti alimentari.

L'educazione dei pazienti è una pratica antica che ha avuto inizio con i pazienti diabetici che dovevano apprendere a iniettarsi l'insulina. Le prime prove di efficacia risalgono all'inizio degli anni '70. Nel 1998 l'OMS ha considerato l'ETP utile in più di 80 malattie e problemi di salute e ha coniato la seguente definizione: "L'educazione terapeutica del paziente dovrebbe permettere ai pazienti di acquisire e conservare le ca-



Fig. 1 - Il Chronic Care Model (CCM). Modificata da Epping-Jordan et al, 2004.

pacità e le competenze che li aiutano a convivere in maniera ottimale con la loro malattia. Si tratta di conseguenza, di un processo permanente, integrato alle cure e centrato sul paziente”.

Secondo l'OMS “l'educazione terapeutica” è quindi un processo di apprendimento sistematico, centrato sul paziente, che prende in considerazione:

- il processo di adattamento del paziente (coping), la sua padronanza della salute (health locus of control), le sue credenze, le sue rappresentazioni della salute;
- i bisogni soggettivi e oggettivi del paziente, espressi e non.

Questo processo deve integrarsi con il Chronic Care Model, il nuovo approccio che sposta l'attenzione dal malato acuto a quello cronico (7). Il malato cronico ha delle aspettative ed esigenze del tutto diverse che devono essere oggetto di attenzione da parte di un team che sappia cogliere le esigenze ma anche le criticità sviluppando un forte empowerment. Il successo terapeutico passa attraverso la consapevolezza della malattia da parte del paziente che diventa il soggetto dell'intero processo terapeutico. Questo risultato si può ottenere se un team preparato riesce a interagire in maniera produttiva con il paziente e a informarlo/educarlo (Fig. 1).

Il nostro programma educativo sulla nutrizione rivolto ai pazienti affetti da insufficienza renale cronica è coordinato dal dietista e vi partecipano di volta in volta psicologo, infermiere, nefrologo e/o cardiologo. Le riunioni sono in genere settimanali e hanno la durata di un'ora. I pazienti, il cui numero varia di volta in volta da circa 10 a 20 a seconda della compresenza di pazienti cardiopatici, interagiscono con i professionisti, come compagni di strada che condividono le fatiche e

i successi, e hanno modo di porre domande, esprimere il loro vissuto e le loro difficoltà, acquisire competenze, identificare e correggere le proprie convinzioni errate sull'alimentazione e apprendere nuove ricette e tecniche di preparazione di piatti.

## Conclusioni

La personalizzazione del piano dietetico è essenziale per promuovere l'adesione alla prescrizione dietetica, in particolare nel caso di pazienti che consumano frequentemente i loro pasti in locali di ristorazione pubblica (mensa aziendale, fast-food, snack bar, pizzeria, ristorante). Al contrario, le prescrizioni dietetiche severe, a menù fisso, contrastano con lo stile di vita moderno e non favoriscono la compliance dei pazienti con insufficienza renale cronica al piano terapeutico nutrizionale.

La realizzazione pratica della dieta deve essere affidata a figure professionali con preparazione specifica. L'associazione Nazionale Dietisti Italiani (ANDID) ha sviluppato un documento che delinea i compiti del dietista e indica anche un percorso formativo specifico per sviluppare le competenze necessarie ad affrontare le problematiche dietetiche dei pazienti con insufficienza renale cronica (10). Il dietista preparato, con professionalità, conoscenze cliniche e buon senso, sceglierà strumenti e strategie per costruire quell'alleanza terapeutica con il paziente che sola può condurre al necessario cambiamento dello stile di vita alimentare.

elisabetta.lenci@fsm.it.

## Bibliografia

1. Linee Guida SIN. Linee Guida per la terapia conservativa dell'insufficienza renale cronica. [http://www.sin-italy.org/pdf/linee\\_guida/2003\\_LG\\_terapiaIRC.pdf](http://www.sin-italy.org/pdf/linee_guida/2003_LG_terapiaIRC.pdf)
2. Lenci E, Quintaliani G. Area Nutrizione in Nefrologia. Diete per pazienti nefropatici (2ª serie). *Giornale di Tecniche Nefrologiche & Dialitiche* 2007; 3-4.
3. E. Lenci E, Quintaliani G. Area Nutrizione in Nefrologia. Diete per pazienti nefropatici (1ª serie). *Giornale di Tecniche Nefrologiche & Dialitiche* 2007; 2: 2007.
4. <http://www.renalgate.it/nutrizione/Album%20fotoc.pdf>
5. Atlante di piatti alimentari Scotti Bassani di Bedogni - Fantuzzi 2007.
6. Binetti P, Marcelli M, Baisi R. Manuale di nutrizione clinica e scienze dietetiche applicate. Società Editrice Universo 2006.
7. Epping-Jordan JE, Pruitt SD, Bengoa R, Wagner EH. Improving the quality of health care for chronic conditions. *Qual Saf Health Care* 2004; 13: 299-305.
8. Linee Guida SIN. Linee Guida per la terapia conservativa dell'insufficienza renale cronica. [http://www.sin-italy.org/pdf/linee\\_guida/2003\\_LG\\_terapiaIRC.pdf](http://www.sin-italy.org/pdf/linee_guida/2003_LG_terapiaIRC.pdf)
9. Lenci E, Quintaliani G. Area Nutrizione in Nefrologia. Diete per pazienti nefropatici (2ª serie). *Giornale di Tecniche Nefrologiche & Dialitiche* 2007; 3-4.
10. Posizioni Andid: <http://www.dietistia-did.it/utenti/517/Documenti%20Pdf/posizioni%20andid.pdf>