

LA RIVISTA DI
SCIENZA
DELL'
ALIMENTAZIONE
Journal of Food Science and Nutrition

ESTRATTO

**Una proposta di dietetica "Per volumi"
e la dietoterapia tradizionale.**

O. Sculati, A. Bagnara, C. Baldo, G. Bettoncelli,
L. Bolesina, O. Brignoli, A. Borri, G. Corgatelli,
E. Donghi, M. Formigatti, A. Frassinetti, A. Moneta,
M.L. Patrizia Morandi, A. Morelli, D. Ponti, A.
Sabbatini, M.G. Venosta.

Una proposta di dietetica "Per volumi" e la dietoterapia tradizionale.

O. Sculati¹, A. Bagnara³, C. Baldo², G. Bettoncelli⁴, L. Bolesina⁵, O. Brignoli⁴, A. Borri⁵, G. Corgatelli⁴, E. Donghi⁷, M. Formigatti¹, A. Frassinetti², A. Moneta⁵, M.L. Patrizia Morandi¹, A. Morelli⁸, D. Ponti⁴, A. Sabbatini⁶, M.G. Venosta⁴.

1 U.O. Nutrizione ASL, Brescia.

2 ICP, Ospedale Buzzi, Milano.

3 Az. Osp. Sacco, Milano.

4 Medici di Medicina Generale - SMG Lombardia.

5 ASL, Pavia.

6 IEO, Milano.

7 SIAN ASL, Provincia di Lecco.

8 Niguarda Cà Granda, Milano.

Premessa.

Alcune delle più frequenti difficoltà che i pazienti incontrano nell'ambito di una consultazione dietetica "classica" (valutazione clinica, anamnesi alimentare e dietoterapia) sono:

1. La difficoltà di quantizzare i propri consumi di questo o quel cibo nella raccolta dell'anamnesi alimentare e la comprensibilità di molti termini tecnici utilizzati dai curanti.
2. La pressochè totale assenza di un sistematico sforzo di armonizzare la personalizzazione della prescrizione dietetica con la struttura alimentare del contesto familiare o del contesto dove il soggetto consuma la maggior parte dei suoi pasti (dalla qualità dei cibi che il soggetto ha a disposizione, alla loro tecnica di preparazione, etc.).
3. Il vincolo della prescrizione in forma grammata.

Anche gli operatori tecnici Medici (Specialisti e no) e Dietisti, si confrontano con alcuni limiti di una classica consultazione dietetica. Fra le più frequenti:

- a) le difficoltà nella comunicazione con i pazienti di concetti che richiedono un minimo livello culturale per essere capiti;
- b) il dover disporre di un tempo discretamente lungo per un recall alimentare "classico".
- c) il riuscire a far accettare al paziente i tempi

graduali ed i risultati di una dietoterapia ben condotta, insieme all'organizzazione di progressive modifiche dello stile di vita.

Nel complesso tutto ciò limita la possibilità di poter prendere in carico un numero sempre più crescente di soggetti che hanno bisogno di dietoterapia e parallelamente riduce la possibile compliance dei pazienti alla prescrizione dietetica, elemento considerato come uno dei talloni di Achille dell'efficacia della stessa.

Obiettivi e scopo del lavoro.

Lo scopo del lavoro qui presentato è di mettere a punto un sistema capace di ovviare ad alcuni dei limiti citati. Ci siamo concentrati su quattro obiettivi: trovare un modo più immediato di comunicare col paziente durante la consultazione dietetica; rendere il più semplice possibile la valutazione del modo di alimentarsi del paziente; rendere facilmente applicabili al paziente le prescrizioni dietetiche, ridurre il tempo necessario per una prescrizione dietetica media.

Uno strumento di lavoro non solo destinato al tecnico Specialista (medico e no) ma anche al medico di famiglia o agli operatori della Sanità per una gestione semplificata di una parte consistente della valutazione e/o prescrizione di un qualsiasi sistema di alimentazione rivolta al singolo soggetto o a gruppi di popolazione.

Sostanzialmente questo lavoro non ha la

Indirizzo per corrispondenza:

Oliviero Sculati

U.O. Nutrizione - Asl di Brescia
Brescia

pretesa di volersi integrare in un quadro scientifico assoluto, il suo obiettivo è insieme più generale e più semplice: di proporre un sistema di consultazione dietetica capace di affiancarsi (o a volte sostituirsi) in modo efficace a quello tradizionale. Un sistema più agile nella parte operativa che spetta ai tecnici, più semplice e comprensibile nelle sue linee di comunicazione e più facile da applicare da parte del paziente.

Per praticità abbiamo condensato in due percorsi logici (con relative metodologie di approccio) la descrizione dei risultati del lavoro.

Metodologia (I° Fase).

Per i primi due obiettivi ci si è concentrati in un riesame delle più comuni pubblicazioni tecniche disponibili.

Sono stati analizzati 21 riferimenti tecnici o manuali per dietoterapia pubblicati fra gli anni 80 e l'inizio degli anni 90 procedendo ad una valutazione parallela dei loro contenuti tecnici e dei loro approcci di comunicazione.

Sono anche stati analizzati con lo stesso metodo anche 27 fra i libri più citati che negli stessi anni si sono occupati sia dell'alimentazione in generale che del più vasto settore della dietetica "publicistica": quello del controllo del sovrappeso.

Il sistema di valutazione è consistito nel "leggere" i diversi contributi confrontandoli con una griglia d'analisi a 18 riferimenti, che identificavano le linee caratteristiche del sistema dietoterapico cercato. (Tab. 1, 2, 3)

Tab. 1 - Requisiti di applicabilità del sistema dietetico.

1. Essere comprensibile, indipendentemente dal livello culturale del paziente.
2. Essere comprensibile in forma quasi immediata, senza richiedere lunghe spiegazioni.
3. Essere in grado di stabilire una comunicazione empatica fra tecnico e paziente, utilizzando tecniche di relazione elementari.
4. Essere facilmente memorizzabile.
5. Richiedere, nella fase di anamnesi alimentare e dietoterapia, un tempo contenuto di applicazione.
6. Richiedere un ragionevole tempo di addestramento per il personale sanitario.

Tab. 2 - Requisiti di praticità del sistema dietetico.

1. Essere molto semplice da utilizzare da parte del soggetto.
2. Essere fruibile in ogni occasione alimentare e dovunque il soggetto si cibi.
3. Essere rispettoso dei gusti del paziente, (e non escluderlo dalla convivialità. etc.).
4. Non prevedere necessariamente la pesata e la preparazione in forma separata del cibo.
5. Essere capace di non assorbire un tempo ulteriore al soggetto rispetto a quello già dedicato ai pasti (acquisti, etc.).
6. Essere capace di utilizzare il Know how di cucina dell'ambiente in cui il soggetto vive abitualmente.

Tab. 3 - Requisiti di tecnicità del sistema dietetico.

1. Essere compatibile con le indicazioni dei LARN.
2. Essere capace di rispettare i requisiti di varietà della struttura alimentare.
3. Essere capace di evitare forzature concettuali (diete dissociate o di moda).
4. Essere applicabile anche per lunghi periodi.
5. Includere aspetti educazionali capaci di prevenire malattie di tipo cronico.
6. Essere armonizzabile con le indicazioni dietoterapiche per le malattie di maggior diffusione.

I diciotto riferimenti sono stati divisi in tre settori, ad ognuno è stato assegnato un punteggio da 0 a 3; sono stati definiti, per ogni settore, insufficienti i punteggi al di sotto di 6; discreti fra 6 e 10; buoni fra 10 e 14; molto buoni quelli fra 15 e 18.

Risultati:

Nell'area delle pubblicazioni tecniche la maggior parte dei sistemi analizzati raggiungeva punteggi buoni nell'ambito dei requisiti del settore tecnicità ma difficilmente superava i sei punti quanto ad applicabilità e praticità.

Nell'area dei testi divulgativi, vi si potevano rilevare punteggi discreti e buoni in questi ultimi due settori, ma spesso insufficienti sugli aspetti tecnici. (Tab. 4,5,6)

Tab. 4 - Requisiti di applicabilità

	Tecnici	Divulgativi
Insufficienti	16	3
Discreti	5	1
Buoni	-	16
Molto buoni	-	7

Tab. 5 - Requisiti di praticità

	Tecnici	Divulgativi
Insufficienti	18	4
Discreti	3	6
Buono	-	15
Molto buoni	-	2

Tab. 6 - Requisiti di tecnicità

	Tecnici	Divulgativi
Insufficienti	-	13
Discreti	-	11
Buono	12	3
Molto buoni	9	-

In molti testi divulgativi lo sforzo di rendere comprensibili e pratici i suggerimenti dietetici si concretizza quasi sempre in suggerimenti che esprimono la quantità di cibi da mangiare in volumi, prevalentemente riferiti a quello dei contenitori dei cibi. In generale il loro obiettivo è consentire "un fai da te"; mancano perciò di una lettura capace di affrontare passaggi applicabili alla pratica ambulatoriale. Ad esempio quelli capaci di facilitare alcuni aspetti importanti della consultazione dietetica: la anamnesi alimentare del soggetto; la gestione di elementi di relazione curativa di media o lunga durata; la loro applicabilità alle patologie di maggiore prevalenza nella popolazione e la capacità di richiedere tempi ridotti di gestione della consultazione stessa. Nei testi tecnici sono invece sostanzialmente assenti gli aspetti di relazione e quelli di porsi il problema di una facilitazione applicativa della prescrizione dietetica. È da

questa analisi che ha originato lo studio e la proposta di una dietetica applicativa che utilizzasse il volume dei cibi come riferimento interpretativo ed applicativo, oltre alla necessità di elaborare forme di comunicazione visiva di immediata comprensione da parte del paziente.

In effetti tutto ciò che mangiamo ha un suo volume o è contenuto in un certo volume:

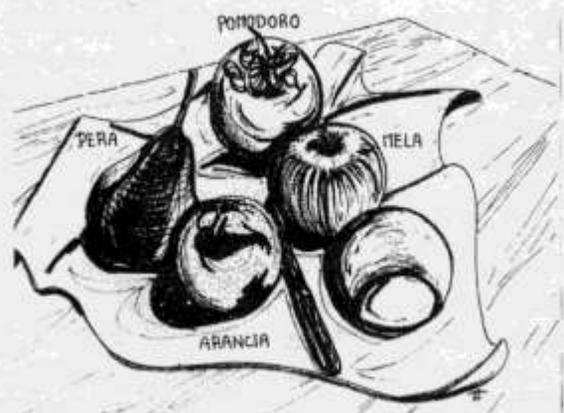
un piatto di risotto servito sul piatto è come una piccola collinetta, il volume di un frutto può essere confrontato con quello di una palla da tennis o con una sua parte (metà palla) o ad un suo multiplo. (Disegno 1)

La valutazione del volume di un cibo posto vicino a noi su un tavolo o nel nostro piatto è un qualche cosa che richiede soltanto un colpo d'occhio, pochi secondi, ed un livello di addestramento molto contenuto per effettuare anche una valutazione quantitativa.

Il "farsi l'occhio" sulle dimensioni delle porzioni è la forma più semplice di valutazione tecnica (ma anche di autovalutazione); può essere migliorata in termini di precisione quando si abbia per riferimento il confronto con un volume di oggetti noti posti vicini al cibo (Disegno 2) che dobbiamo introdurre o si utilizzi un riferimento ai contenitori di uso comune, ad esempio il cucchiaino.

Al riguardo sono stati suggeriti diversi metodi: l'uso di contenitori a volume noto (dai mestoli ai cucchiaini grammati, etc), il confronto con forme (di plastica o legno) standard di cibo; il ricorso a set fotografici sequenziali dello stes-

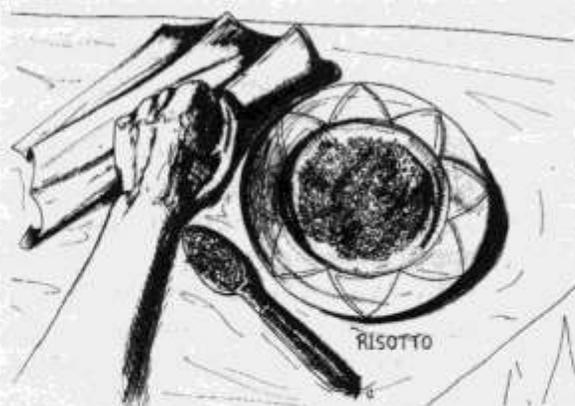
Disegno 1



Disegno 2



Disegno 4



so cibo in porzioni diverse, etc. Quasi tutti questi metodi sono stati prevalentemente utilizzati nella fase di anamnesi alimentare; presentavano diverse difficoltà nel soddisfare molte delle caratteristiche richieste al metodo cercato, ma soprattutto richiedevano troppo tempo e a volte materiale non agevolmente disponibile.

Metodologia (II° Fase).

Per articolare il complesso degli obiettivi in una proposta dietetica definita si è proceduto ad analizzare il volume di confronto scelto: le nostre mani. Il rationale di questa scelta si articola su diversi punti:

1. Il volume più "vicino" al cibo che mangiamo sono le nostre mani. È con le nostre mani che mangiamo anche quando usiamo le posate per raccogliere il cibo e, a tavola, sono quasi adiacenti al piatto dove mettiamo il cibo (Disegno 3).
2. Le nostre mani possono esprimere "volumi" diversi a seconda che facciamo un pugno o se teniamo le mani distese sul palmo a dita chiuse (o aperte) o se le allunghiamo nel gesto di misurare una spanna.
3. Le nostre mani sono un sistema molto semplice di volume di riferimento: è pratico, non lo dimentichiamo mai; è sempre disponibile perché le mani le abbiamo sempre con noi dovunque andiamo; è velocissimo: basta un colpo d'occhio per confrontare il volume del nostro pugno con quello del risotto che ci è stato messo nel piatto, è un volume difficilmente soggetto a importanti variazioni nel soggetto adulto ed è assolutamente personale.

Disegno 3



Quasi tutto il cibo che normalmente utilizziamo può perciò essere confrontato con i diversi volumi che la flessibilità della nostra mano e della nostre dita consente: il pugno, il palmo, un dito o più dita, lo spessore delle stesse, così come possiamo usare la spanna o il diametro del polso. Con il pugno chiuso e con le nocche sul tavolo (o suoi multipli) possiamo valutare in volume il consumo di cibi che (quando sono pronti da mangiare, serviti sul piatto) si "sviluppano" in altezza come quelli di tutti i primi piatti, del pane tipo michetta, delle porzioni di verdure cotte o crude o con quelle di una mozzarella e così via. (Disegno 4-5-6) Per i cibi che si sviluppano scarsamente in altezza ma più "a piatto", useremo come confronto la superficie della mano con il palmo appoggiato al tavolo, a dita chiuse, dalla cima del dito medio fino all'attaccatura del polso, escludendo il pollice. Questa superficie può essere agevolmente confrontata con quella di una paillard o con la bistecca (Disegno 7) o con una fetta di brasato, o il filetto di pesce, o una frittata; ci può servire anche per valutare la dimensione della fetta di pane se si utilizza del pane di tipo pugliese o tipo ciabatta così come per la dimensione di una fetta di polenta o di crostata. (Disegno 8)

Le dita possono servire anche per valutare il consumo delle porzioni di molti formaggi: una fetta di crescenza paragonata a 2 o 3 dita può dare un'idea delle porzioni al taglio che si utilizzano correntemente. (Disegno 9)

Un doppio pollice dà una sufficiente indicazione del volume dei pezzetti di spezzatino o

Disegno 5



del gnocchetto di parmigiano che a volte scivola in bocca come aperitivo o come spizzico goloso.

Per lo spessore si possono usare le altezze delle dita "viste" in laterale.

Una paillard sottile 3 mm, può equivalere all'altezza di 1/2 mignolo mentre una bistecca di roast beef può essere alta da 1/2 cm a 1 cm, circa da un dito mignolo a un dito medio, mentre il filetto in genere va da 1 cm ai 2 cm: come lo spessore di un pollice maschile.

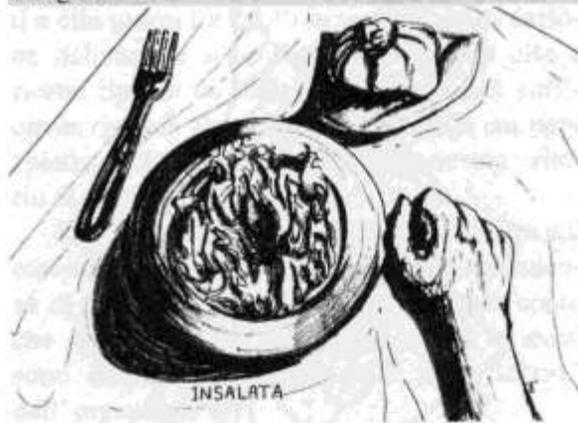
Infine le nostre mani ci possono aiutare anche nel capire la *dimensione del boccone* di cibo che i pazienti mettono in bocca: bocconi più grossi del proprio pollice sono spesso esagerati. In genere un volume di cibo pari a 3/4 del pollice (sempre partendo dalla punta

del dito) "stà" bene in bocca, è ben masticabile e non obbliga a trangugiare velocemente bocconi che sono troppo grossi, magari senza

Disegno 7



Disegno 6



neanche gustarli. (Disegno 10)

Va confrontato il volume dei cibi, a crudo o a cotto? Si confronterà il volume del cibo servito sul piatto, pronto per essere mangiato. Proprio perché il metodo è stato pensato come il sistema di confronto immediato più pratico con il cibo, sia per valutare le ingestie che per suggerire poi la strategia dietoterapica. Quindi, per il paziente niente complicazioni sulla pesata a crudo e poi cottura e gestione dei cibi separata dagli altri eventuali commensali per non mescolare i sughi o quant'altro, ma "presa diretta del cibo dal piatto" o dalla mano.

Ciò consente una pratica applicazione anche di suggerimenti dietetici che "salta" il passaggio della doppia valutazione e permette alla maggior parte dei pazienti, con piccoli suggerimenti di attenzione di mangiare una larga parte delle preparazioni per lui usuali, senza isolarsi dagli altri commensali.

Disegno 8



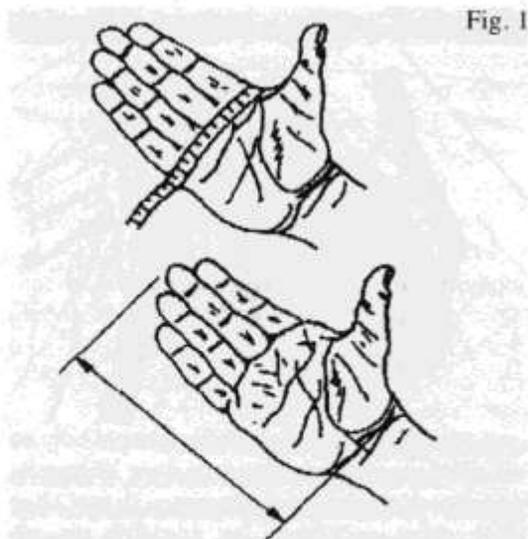


Fig. 1

Il volume delle mani, la sua standardizzazione e alcune corrispondenze in peso.

Sono stati condotti diversi tentativi per standardizzare le misure di riferimento delle mani in modo da avere un rapporto abbastanza costante fra il volume corrispondente a una certa misura di mano (che non prevedessero necessariamente l'uso del centimetro) ed il peso dei cibi di più comune utilizzo.

Pensare di riferirsi alla misura dei guanti è stato immediato. Ma se i riferimenti UNI (l'Ente di standardizzazione internazionale) riferiti alle normative ISO indicano con precisione dove e come misurare il diametro trasversale e la lunghezza della mano (Fig.1), sul

Disegno 9



piano commerciale è diverso l'impatto delle classiche misure small, medium, large ed extra large, rispetto alle misure di riferimento perché i diversi produttori utilizzano, a secondo dell'uso finale dei guanti, sistemi di misura differenti anche per una stessa categoria merceologica ad esempio per i guanti per lavare i piatti o per quelli chirurgici.

Il riferimento più stabile ci è sembrato quello riferito ai guanti da passeggio in pelle sottile piuttosto che far procedere a misurazioni preliminari che "allungano" i tempi di consultazione. Le misure più frequenti nella popolazione italiana sembrano essere le taglie small (6,5-7) nelle donne, e la large nei maschi. (Tab. 8)

Tab. 7

Taglia della mano	Circonferenza della mano mm.	Lunghezza mm.
6	152	160
7	178	171
8	203	182
9	229	193
10	254	204

Nota: tabella UNI EN 420, 1996.

Tab. 8 - Taglia guanti.

6,5 - 7	Small
7,5 - 8	Medium
8,5 - 9	Large
9,5 - 10	Extra large

Tradurre in peso grammato i diversi volumi corrispondenti alle diverse taglie dei guanti ha richiesto un lavoro che mantiene comunque un indice di errore relativamente importante nella non perfetta coerenza fra taglia della mano (le sue misure reali) e la taglia guanti.

Per fare ciò un gruppo di dietiste esperte ha lavorato separatamente alla quantizzazione, mediante pesata con bilancine elettroniche (dello scarto 0,5 g) dei più comuni piatti in uso "familiare", dopo aver identificato la taglia dei propri guanti o dei soggetti con mani di taglia diversa con cui si effettuavano simulazioni o sperimentazioni del metodo.

Una sintesi di questo lavoro che esprime i pesi medi degli ingredienti principali di alcuni

Disegno 10



piatti di maggior consumo nella popolazione italiana è riportato nelle tabelle 9, 10, 11, 12, 13. Sono state effettuati 6.260 confronti volume - pesata. Se la differenza in peso era al di sotto di 5 g non è stata segnalata nelle tabelle citate.

Per lo spessore dei cibi ad andamento piano (bistecca, sogliola, fette di pane) si è fornita l'indicazione in centimetri, confrontandoli con il $\frac{1}{2}$ cm e il centimetro.

Il valore di queste misurazioni è perciò indicativo e ha lo scopo di dare un'idea di massima della relazione fra peso e volumi del metodo. Chi decide di applicarlo deve addestrarsi a valutare quanto "valgono" in peso i volumi della sua mano, confrontata con i diversi cibi, perché è attraverso questo strumento (confrontandolo con quello del paziente nella fase di anamnesi alimentare) che sarà in grado di valutare con una sufficiente approssimazione quantitativa le ingestie del paziente e poi suggerirne le modifiche dietetiche.

Disegno 11



Le misurazioni sono state effettuate su piatti e cibi pronti fra quelli in uso nella popolazione italiana, se si applica il metodo su cibi e ricette tipiche di altre popolazioni, sarà sufficiente ripetere una misurazione 3 volte per ogni "piatto servito" per avere un ragionevole criterio di valutazione.

Sul piano clinico ci sono meno problemi dal momento in cui non si cerca una corrispondenza di alta precisione e che bisogna tener conto che nella maggior parte degli adulti le mani sono abbastanza commisurate alla "stazza" dell'organismo

(Disegno 11). È infatti difficile trovare un omeone con una mano piccina o una donna piccina ed esile con una taglia di guanti extra large. I soggetti maschi, a parità di lunghezza, hanno in genere palmi più larghi delle femmine ed è abbastanza comune il fatto che, i pugni dei maschi siano più grossi di quelli delle femmine.

A titolo informativo una valutazione differenziata in termini di apporto calorico di uno stesso menù per le tre diverse volumetrie, può, per le preparazioni di cucina più semplici fare oscillare l'aspetto energetico di 180 - 210 calorie. Se ad esempio un certo schema alimentare "vale" 1400 calorie per una taglia small, lo stesso schema può valere 1780 per medium e 2000 per large, quando resti fermo il quantitativo di grassi da condimento.

Il sistema dietetico per volumi e la conduzione di un'anamnesi alimentare.

Condurre un'anamnesi alimentare "per volumi" è un'operazione semplificata rispetto a quella tradizionale, probabilmente più precisa di quanto non sia quella legata alla richiesta di esprimere a dei non tecnici, in peso, un certo consumo pregresso.

Si comincerà con una usuale richiesta di illustrare una giornata alimentare "tipo" (o i tipi di giornate alimentari più frequenti), ricostruendole per occasioni alimentari in sequenza: cosa mangia o beve per colazione (e a che ora); nell'arco della mattinata; per pranzo; nel pomeriggio; per cena; e dopocena.

Il primo "passaggio" è una valutazione del tipo di cibo che il soggetto acquisisce in termi-

Disegno 12



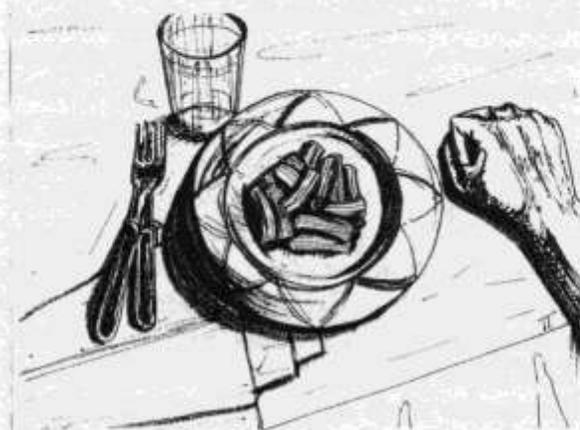
ni di primi, secondi, contorni, e di che tipo e quanti liquidi beve, etc..

Il secondo passaggio sarà quello della quantizzazione dei consumi dichiarati.

Posto che il medico o la dietista siano davanti al paziente e conducano l'anamnesi alimentare per volumi, questa dovrà essere fatta per confronto *fin dall'inizio*. Nel corso della consultazione sul piano delle scrivania ci sono due elementi che vanno confrontati: il volume del pugno (o della mano) del tecnico e quello del paziente. (Disegno 12)

Ad esempio per valutare la porzione abituale di 1° piatto (maccheroni) che il paziente mangia, gli si farà appoggiare il proprio pugno sul piano del tavolo e gli si chiederà se la porzione che mangia abitualmente è uguale, maggiore (o di quanti multipli lo è rispetto a quel volume) o minore di quella del volume del *suo pugno*.

Disegno 13



(Disegno 13-14-15)

Il "ricordo" visivo delle porzioni consumate sembra molto facilitato se davanti al paziente viene posto un foglio, come una *piccola tovaglietta con il disegno di un piatto* accompagnato dalle classiche posate, (basta un foglio A4), facilmente disponibile in fotocopia. (Disegno 16).

Ciò aiuta i pazienti ad entrare più velocemente nell'ottica di una valutazione "a volume" di ciò che mangiano e *trasferisce l'attenzione, da subito, sul cibo "servito" nel piatto*. È come se si fosse in due allo stesso tavolo da pranzo: viene molto facilitata la relazione fra tecnico e paziente.

Esaurita la parte che riguarda il ricordo delle porzioni per i cibi che si sviluppano in altezza (primi, verdura, pane, etc.) gli si farà porre sul piatto la mano distesa sul palmo a dita chiuse per valutare la sua porzione usuale di bistecca ... e così via.

Il medico e la dietista che utilizzano questo metodo devono aver ben chiaro quanto "vale" il proprio pugno o la propria mano di questo o quel cibo e possono allenarsi periodicamente al riguardo sfruttando la loro stessa esperienza diretta.

Se la propria "mano" di bistecca ad esempio, per un'altezza media di 1/3 di cm vale circa 100 g in peso, ed il soggetto ha una mano più grande o più piccola, chi conduce l'anamnesi riesce immediatamente a valutare se il consumo usuale del paziente è esagerato o insufficiente per esempio a soddisfare l'apporto proteico del posto di quel soggetto.

Così il medico di famiglia, il dietologo o la dietista, con un semplice confronto dei volumi della propria mano con quella del paziente, riescono ad avere un'idea anche sul piano quantitativo, delle porzioni dei diversi cibi che il paziente utilizza normalmente.

Le tecniche di preparazioni dei cibi applicate usualmente potranno poi definire meglio il contributo complessivo all'apporto calorico del pasto e consentire una valutazione del "peso" delle stesse all'equilibrio di una giornata tipo. Se ad esempio una paillard di vitello soddisfa la quota proteica di un pasto tipo, quando la stessa fetta di vitello sia "saltata" nell'olio, nel



burro o addizionata di salsine più o meno appetitose ci sarà una discreta differenza quanto ad energia fornita nel complesso del pasto. Situazione che potrebbe essere accettabile in una giornata che preveda un modesto introito calorico di cibi più grassi. Così come è difficile che l'abitudine al consumo di una porzione "esagerata" di risotti ben mantecati non contribuisca già di per sé a superare gli apporti calorici suggeribili al pasto per un soggetto sedentario.

La prescrizione dietetica per volumi.

Chiariti i volumi di partenza si può così procedere ad una prima serie di suggerimenti correttivi tesi a modificare il sistema alimentare del soggetto, ad esempio a ridurre gli errori più grossolani che il paziente applica, "cuciti" sulla

Disegno 15



realtà giornaliera.

I suggerimenti terranno conto sempre delle porzioni espresse in termini di volume definito su quello delle mani del paziente (e non in riferimento a quelle del sanitario!) e potranno essere volumi uguali a ... o multipli di ... o parti di ...

Nel caso di un soggetto "mangione" ad esempio, se la porzione di pasta è notevole (tre pugni) si potrà ridurla a 2 pugni o ad 1 pugno e $\frac{1}{2}$, e lo si inviterà a non "raccogliere" i sughi che avanzano nella fondina. Lo stesso si può fare per le porzioni di formaggio quando siano eccessive: passare da tre dita di formaggio a due limitando un poco anche l'altezza delle fette consente una notevole facilitazioni dei suggerimenti d'uso senza penalizzare un gusto gradito e gestendo un risparmio reale.

Parimenti si possono anche incrementare i consumi troppo modesti, da uno a due pugni di verdure crude per esempio, o da 1 a 3 "pezzi" di frutta.

Per alcuni consumi si può lavorare anche su altri suggerimenti che tengono conto dell'effetto volume che ad esempio produce una pasta di particolare tipo rispetto ad un'altra. Suggestire due pugni di maccheroni o conchiglioni può consentire un discreto risparmio (dal 15 al 25%) calorico rispetto ad un analogo volume di spaghetti o linguine.

Sempre riferendoci ai volumi delle mani possiamo adeguare il suggerimento alle diverse tipologie di cibo. Nel caso dei secondi piatti se una porzione di bistecca sarà grande quanto la propria mano e "alta" quanto il proprio dito mignolo, quando sia più "alta" (come il pollice per il filetto ad esempio) se ne ridurrà il volume a metà mano; se è più sottile se ne aumenterà la porzione di $\frac{1}{2}$ mano. È ciò che spesso succede con "secondi" molto "sottili" come la sogliola o la paillard ad esempio.

La prima serie di suggerimenti "ricostruirà" quindi la struttura alimentare in essere correggendo semplicemente gli errori più grossolani quali quelli della entità delle porzioni, dell'utilizzo dei sughi o dei grassi in eccesso, della distribuzione del cibo e della frequenza di alcuni consumi in modo da garantire una sufficiente varietà nelle fonti dei diversi alimenti.

Tab. 9

Primi piatti	Volume	Small 6,5 - 7 (peso crudo)	Medium 7,5 - 8 (peso crudo)	Large 8 - 9 (peso crudo)
Maccheroni o Tagliatelle al pomodoro	2 pugni	70-80	85-90	95-105
Trofie al pesto	1 pugno	50-55	60-70	80-90
Spaghetti all'olio	2 pugni	75-85	90-95	100-110
Risotto allo zafferano	2 pugni	80-85	90-100	105-110
Risotto ai carciofi	3 pugni	70-75	85-90	100-110
Gnocchi al pomodoro	1 pugno e ½	150	180	200
Tortellini	1 pugno	70	110	150
Pane rosetta	1 pugno	50	70	90
Fette pugliese	1 mano, h. 1 cm	30	40	50

Tab. 10

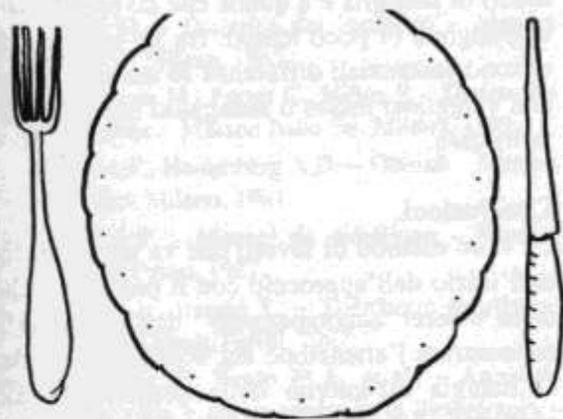
Secondi piatti	Volume	Small	Medium	Large
Petto di pollo	1 mano, h. ½ cm	80-85	90-110	120-140
Fesa di tacchino	1 mano, h. 1 cm	100-120	120-130	130-140
Bistecca di vitellone	1 mano, h. ½ cm	110-120	130	160
Lonza di maiale	1 mano, h. ½ cm	90	100	120
Spezzatino di vitello	1 pezzetto: 2 pollici	30	40	50
Filetti di nasello o merluzzo	1 mano, h. 1 cm	130-140	150-170	170-190
Trancio di spada	1 mano e ½, h. ½ cm	150-160	170-180	200-205
Filetto di platessa o sogliola	1 mano e ½, h. ½ cm	140-150	160-170	180-200
Trancio di palombo	1 mano ½	150	180	200
Insalata di mare o di polipo (solo pesce)	1 pugno	80	100	120
Frittata alle erbe (uovo) Erbe	1 mano 1 cm	40-50	50-75	70-100
Prosciutto crudo	1 mano ½ mm	9	11	13
Prosciutto cotto	1 mano ½ mm	10	12	15
Bresaola	½ mano ½ mm	7	10	13
Salame	½ mano ½ mm (diametro)	8	10	12

Tab. 11

Contorni verdure	Volume	Small	Medium	Large
Pomodori	1 palla da tennis 1 pugno	150	190	220
Zucchine trifolate	1 pugno e ½	180-200	205-240	250-260
Bieta, spinaci lessati	1 pugno e ½	100-120	205-240	250-260
Patate lessate	1 pugno e ½	150-170	180-200	210-220
Radichio (a striscioline) in foglie	1 pugno e ½	70	85	100
	1 pugno	40	50	60
Lattuga in foglie	2 pugni	50	60	70
Carote (Julienne)	1 pugno	60-70	80-90	200-220
Cavolfiore	1 pugno e ½	200	205-240	250-260
Piselli lessati - Fagioli	1 pugno	120 (6 cucchiainate)	170 (7 cucchiainate)	180 (8 cucchiainate)
Lenticchie lessate	1 pugno	100 (5 cucchiainate)	120 (6 cucchiainate)	150 (7 cucchiainate)

Tab. 12

Formaggi	Volume	Small	Medium	Large
Fontina	3 dita, h. ½ cm	55-65	70-75	80-90
Taleggio	2 dita, h. ½ cm	60-65	70-80	90-100
Crescenza e stracchino	3 dita, h. 1 cm	75-80	80-90	95-120
	2 dita, h. 1 cm	50	60	70
Grana padano o parmigiano	2 pollici	35-40	45-50	55
Emmenthal	2 dita, h. 1 cm	50	65	75
Gorgonzola	2 dita, h. 1 cm	50	60	70



Quando siano proprio i sistemi di preparazione del cibo ad essere problematici in seconda consultazione se ne suggeriranno alcune varianti che possono avere la caratteristica di essere proposte anche a tutta la famiglia. Tutto ciò con gradualità, ad esempio suggerendo cotture al forno o preparando ricette semplici che con nutrienti sostitutivi quali ricotta al posto della panna per il sugo di molti "primi" o ragù vegetali piuttosto che con basi di carni grasse.

Tutte le altre opzioni utili al riequilibrio della struttura alimentare, dell'ambito dietetico tradizionale (dalla buona ripartizione del carico calorico della giornata, ai suggerimenti qualitativi nel scegliere il tipo di grassi e così via), possono essere proposte secondo gli usuali standard terapeutici.

Ciò rende gli schemi alimentari più pratici e possibili da applicare da parte dei soggetti perché non viene stravolta di colpo (o lo viene in misura molto modesta) sia l'organizzazione di chi prepara il pasto, che quella di chi lo consuma.

Ciò non significa che si è sempre a dieta ma che si impara piano piano a darsi dei limiti, ora di quantità, ora di qualità; ma senza rinunciare al gusto proprio, si evita anche di demonizzare inutilmente intere categorie di cibi (questo no, quello sì) lavorando sulla frequenza di consumo accettabile, e mantenendo una buona varietà fra le diverse fonti di nutrienti.

Il paziente impara a "giocare" con le sue

mani: è un suo strumento e lo applicherà molto di più di quanto non succeda con la bilancia. Viene così stimolato un suo ruolo attivo di partecipazione alla gestione. I pazienti ogni volta che si siedono a tavola, in realtà "mettono" in tavola le loro mani. Con un colpo d'occhio confrontano le porzioni che vengono loro servite con la loro mano o il pugno appoggiato (educatamente) sul tavolo e hanno chiaro quanto mangiare: ciò consente loro, soprattutto in occasioni di cene fra amici o di lavoro, di rispettare una loro privacy... dietetica, senza essere necessariamente "diversi" nelle scelte conviviali. I pazienti possono così partecipare a qualsiasi occasione alimentare senza bisogno di chiedere preparazioni particolari.

Possono avere un solo limite: quello dei volumi riferiti ai cibi di uso corrente stabiliti dalla dietoterapia e a non fare "scarpetta". Così facendo i pazienti hanno una prospettiva di alimentazione possibile da gestire: fatto fondamentale per una continuità terapeutica, soprattutto per le malattie croniche. Infatti l'efficacia delle modifiche dei sistemi alimentari che suggeriamo è reale solo se possono davvero essere applicati e diventare un'abitudine.

Discussione.

Rispetto ai diversi modi di semplificazione dietetica proposti fin qui in ambito tecnico o in ambito di comunicazione, la Dietetica per Volumi richiede al paziente di attivare una autogestione flessibile, evita di dovere conteggiare il valore calorico di questa o quella preparazione con le tradizionali tabelle dietetiche (1,7,8,9,11,14,21); evita di dover quantificare particolari rapporti fra fonti di carboidrati, di proteine o di grassi presenti in alcune procedure dietetiche espresse con una tabella a punteggio o in alcune classiche formulazioni per tecnici. (2,3,5,9)

Non prevede esclusioni di gruppi di alimenti o preparazioni particolari magari lontano da tradizioni locali; limita soltanto l'eccesso degli apporti e non obbliga al ricorso di cibi specifici ad esempio frutta esotica o a forzature nel rapporto fra i diversi nutrienti (25,28,32,35,37,43,45,49).

Nella relazione con il paziente introduce elementi di semplicità su cibi usuali e già pron-

ti da mangiare; consente di imparare a migliorare gradualmente alcuni aspetti del gusto di alcuni piatti senza necessariamente ricorrere a surrogati come dolcificanti, cibi light o arricchiti di questo o di quello.

Non richiede una cultura capace di interpretare il contenuto in nutrienti di un cibo (26,30,31,33,42,46,47,48) ma consente di avere delle indicazioni coerenti con i suggerimenti relativi a consumi ritenuti protettivi per gruppi alimentari.

Riesce a favorirne l'autogestione di un pasto con semplicità, responsabilizza il paziente ed è facilmente memorizzabile.

Applicare il sistema a volumi per il medico e la dietista richiede un approfondimento formativo relativo al trasferimento in termini volumetrici delle prescrizioni che si è abituati ad analizzare ed esprimere in peso perché è essenziale conoscere quanto "vale" il volume delle proprie mani.

Richiede un tempo di addestramento modesto per familiarizzarsi alla tecnica, riduce il tempo di analisi degli schemi alimentari seguiti abitualmente dai pazienti e contiene il tempo della 1° consultazione.

È in grado di stabilire una migliore relazione di comunicazione per le componenti di semplicità, comprensione e gestualità. (50, 51)

La dietetica per volumi è poco adatta per la gestione di diete per dei soggetti con insufficienza renale o del diabetico scompensato, nell'epatopatico o per patologie che necessitano di una dietetica assolutamente grammata.

Può anche essere vissuta come una proposta terapeutica semplicistica da parte di quei pazienti che si sentono sicuri soltanto a fronte di una rigida condizione di controllo, una loro richiesta in tal senso, che deve essere accettata e valutata anche sotto il profilo psicologico.

Questi sono molto spesso i pazienti che chiedono risultati mirabolanti in poco tempo o riduci da diversi tentativi dietetici. Superare la rassicurazione che può fornire il proporre una dietoterapia computerizzata, può essere un ostacolo che si vince soltanto sulla base dell'esperienza che il paziente verifica.

In generale quello "per volumi" è un siste-

ma dietetico graditissimo alle donne che sono madri di famiglia e a quelle che lavorano e che dispongono di poco tempo: fra gli uomini non ci sono sostanziali differenze se non per coloro che viaggiano molto o mangiano regolarmente fuori casa.

Conclusioni.

È un metodo di lavoro che va applicato fin dall'inizio dell'approccio con il paziente e che deve essere "accompagnato" dall'abitudine a concentrare l'attenzione sul volume di ciò che si mangia all'interno della propria abituale sequenza alimentare della giornata. Stà al tecnico "interpretare" quantitativamente il valore nutrizionale (calorico, etc.) dell'anamnesi condotta, stabilire una strategia di modifica specifica, "ritradurla" in una serie di suggerimenti volumetrici di 1° applicazione per il problema prevalente e decidere gli aggiustamenti successivi. Il tutto fino a identificare schemi adatti a risolvere il problema di quel paziente con proposte fattibili, possibilmente gradevoli e facilmente applicabili.

Il punto focale di questo tipo di dietetica è perciò l'abilità del tecnico che elabora una sintesi interpretativa del suo sapere anche "per volumi" fornendo un sistema più semplificato per l'utente.

Tutto ciò non significa dimenticare tabelle, contenuti e analisi bromatologiche ma significa affiancare ad un sistema a volte troppo complesso per l'utente un sistema più semplice sul piano applicativo. Di fatto è una tecnica che lavora sulle informazioni trasferibili al paziente attraverso un semplice gesto della mano che lui stesso applicherà per confronto.

Ringraziamenti.

Un ringraziamento particolare a Vanessa Palermo per la segreteria generale, a Cesare Cappella per le fasi di elaborazione e logistica, insieme a Carol Palermo.

Bibliografia

1. André G. - *Dietetica del Bambino* - Masson Italia Ed. Milano, 1985.
2. Apfelbaum M., Forrat C., Nillus P. - *Dietetica e Nutrizione* - Masson Italia Ed. Milano, 1991.
3. Creff A.F., Herschberg A.D. - *Obesità* - Masson Italia Ed. Milano, 1981.
4. Creff A.F. - *Manuel de diététique* - Masson Editeur. Parigi, 1987.
5. Creff A.F., Berard L. - *Diététique sportive* - Masson Editeur. Parigi, 1987.
6. Del Toma E., Fusco M.A. et al. - *Attualità, controversie e nuove tendenze in dietoterapia* - Monduzzi Ed. Bologna, 1990.
7. Del Toma E., Marcelli M. et al. - *La prima colazione in età adulta* - F.o.S.A.N. Roma, 1995.
8. Del Toma E. - *Dietoterapia e Nutrizione Clinica. Il Pensiero Scientifico Elle, II Ed.* Roma, 1995.
9. Del Toma E. - *Dietoterapia e Nutrizione Clinica, I Ed.* 1991.
10. Fondazione Scotti Bassani - *Atlante ragionato di alimentazione* - Istituto Scotti Bassani Ed. Milano, 1996.
11. Gentile M.G. - *Aggiornamenti in nutrizione clinica* - Il Pensiero Scientifico Ed. Roma, 1993.
12. Heraud G., Maillard Ch., Bollaux M.S. - *Diététique du praticien* - Ezpansion Scientifique Françoise Ed. Parigi, 1991.
13. James W.P.T. - *Nutrizione e Salute* - McGraw-Hill Libri Italia, Milano, 1990.
14. Merlini S. - *Enciclopedia degli alimenti* - Edizioni Calderini. Bologna, 1993.
15. Morisio Guidetti L. et al. - *Schemi dietetici* - La Scientifica Editrice. Torino, 1991.
16. Pinelli L., Angelini B., Baldo G. et al. - *La prima colazione in età evolutiva e adolescenziale* - F.o.S.A.N. Roma, 1994.
17. Rivellese A.A., De Maria E. - *Dietoterapia in medicina generale* - Idelson. Napoli, 1990.
18. Senesi E. - *Nutrire con amore* - Edizioni Clesav. Milano, 1989.
19. S.I.N.U. - *Livelli di assunzione raccomandati di energia e nutrienti per la popolazione italiana* Roma, 1996.
20. TFOI - *Perdere peso come orientarsi* - Edizioni Pendragon. Bologna, 1998.
21. Thoulon-Page Ch. - *Diététique de la femme enceinte* - Masson Editeur. Paris, 1983.
22. Turchetto E. - *Guida a un'alimentazione corretta* - G.M. Milano, 1991.
23. Uni (International Standard Size Designation of clothes - Gloves - 1504418, En. 420, 1996).
24. Agradi E. - *Dieta mediterranea* - Verduci Ed. Roma, 1988.
25. Atkins R.C. - *La rivoluzione dietetica del Dr Atkins* - De Vecchi Ed. Milano, 1978.
26. Cannella C., Carrada G. - *I miti dell'alimentazione* - Salani Ed. Cuneo, 1997.
27. Carper J. - *Mangia bene e starai meglio* - Sperling & Kupfer Ed. Milano, 1995.
28. Cataldi P. - *Dieta Mayr* - Edizioni di red/studio redazionale. Como, 1988.
29. Cipriani C., Cipriani A. - *Pappe da favola* - Sperling & Kupfer Ed. Milano, 1996.
30. Colgan M. - *Il tuo fabbisogno vitaminico* - Ferro Ed. Milano. Milano, 1986.
31. Curtay J.P. - *La nutrizione* - Tecniche Nuove Ed. Milano, 1996.
32. Dalla Via G. - *Le combinazioni alimentari* - Edizioni di red/studio redazionale. Como, 1988.
33. Del Toma E. - *Alimentazione, Domande e Risposte* - Il Pensiero Scientifico Ed. Roma, 1998.
34. Del Toma E. - *Il labirinto delle diete - 50&PIU'* Ed. Roma, 1991.
35. Donzelli A., Parravicini B. - *La dieta per i bambini* - MEB Ed. Padova, 1985.
36. Eyton A. - *la dieta fibre* - Longanesi & C. Ed. Milano, 1983.
37. Galimberti D. - *Guida pratica alle combinazioni alimentari* - De Vecchi Ed. Milano, 1990.
38. Hostettmann K. - *Tout savoir sur le pouvoir des plantes* - Editions Favre. Losanna, 1997.
39. Mazel J. - *Magri e felici mangiando a volontà* - SugarCo Edizioni Milano, 1983.
40. Mc Cutcheon M. - *La bussola del naso* - Sperling & Kupfer Ed. Milano, 1994.
41. Montignac M. - *Come dimagrire facendo pranzi d'affari* - Artulen Italia Ed. Cles (TN), 1991.
42. Pellati R. - *Cibi e bevande della a alla z per la linea, per la salute* - Arnoldo Mondadori Ed. Milano, 1997.

43. Pinkham M.E. – La vera dieta Mary Ellen – Sperling & Kupfer Ed. Milano, 1985.
44. Sachet P. – Tutti a dieta – red Edizioni. Como, 1993.
45. Tarnower H., Sinclair Baker S.- LA dieta Scarsdale – Sperling & Kupfer Ed. Milano, 1981.
46. Tempini S. – Cicina senza sale – Arnoldo Mondadori Ed. Milano, 1989.
47. Valerio N. – Manuale di terapie con gli alimenti – Arnoldo Mondadori Ed. Milano, 1997.
48. Vitali E.D. – L'imbroglio dietetico – Armando Ed. Roma, 1990.
49. Wood P. – La dieta California – Nesi Ed. Milano, 1986.
50. Schneider P. "Fare il medico" F. Angeli, Milano, 1992.
51. Quadrino S. "Capire, capirsi" Ed. Riuniti, Torino, 1994.