



LA TERAPIA MEDICA NUTRIZIONALE: ASPETTI SOCIOCULTURALI DELL'ALIMENTAZIONE

G. FATATI, E. MIRRI, M. PALAZZI

Unità di Diabetologia, Dietologia e Nutrizione Clinica, Azienda Ospedale S. Maria, Terni

riassunto

La crescente prevalenza dell'obesità, della sindrome metabolica e del diabete tipo 2 ha richiamato l'attenzione dei medici, dei media, della popolazione e di quanti si interessano di management sanitario. Questo trend si è manifestato in modo più evidente nelle ultime decadi durante le quali si sono avuti un aumento dell'intake calorico e una diminuzione della spesa energetica legata all'esercizio fisico. La terapia medica nutrizionale (MNT) è parte integrante della cura e della gestione del diabete e dell'obesità. Sebbene l'aderenza del paziente alle indicazioni nutrizionali e alle modificazioni dei pasti sia uno degli aspetti più problematici della cura, tuttavia la terapia nutrizionale è una componente essenziale per le possibilità terapeutiche. La MNT per i soggetti affetti da obesità, diabete o sindrome metabolica dovrebbe essere individualizzata tenendo presente le abitudini alimentari e lo stile di vita. In molte società il significato non nutrizionale del cibo supera di gran lunga la sua importanza quale sostentamento. Le abitudini alimentari sono una delle caratteristiche specifiche di una cultura. Parole chiave. Terapia medica nutrizionale, diabete, obesità, sindrome metabolica, abitudini alimentari e cultura.

summary

The medical nutrition therapy: eating habits and culture. The growing prevalence of obesity, metabolic syndrome and type 2 diabetes has attracted the attention and concerns of the medical profession, the media, the policymakers and the public. These troubling trends have emerged over the past few decades, during which there has been a striking increase in caloric intake and a decrease in physical activity. Medical nutrition therapy (MNT) is integral to total diabetes and obesity care and management. Although adherence to nutrition and meal planning principles is one of the most challenging aspects of the care, nutrition therapy is an essential component of successful managements. MNT for people with diabetes, obesity or metabolic syndrome should be individualized, with consideration given to usual, eating habits and other lifestyle factors. The non nutritional significance of food far exceeds its importance as sustenance in most societies. Food habits are one of the identifying characteristics of a culture.

Key words. *Medical nutrition therapy, diabetes, obesity, metabolic syndrome, eating habits and culture.*

Introduzione

Nonostante siano innegabili l'utilità e la necessità di un corretto regime dietetico per prevenire e curare le più frequenti patologie del nostro tempo, pur tuttavia il numero degli insuccessi e le difficoltà che si incontrano nel riuscire a modificare i comportamenti alimentari sembrano ostacoli insormontabili. Nel 1960 la meta-analisi dei lavori scientifici pubblicati nei 30 anni precedenti ha portato Stunkard ad affermare che tra tutti gli obesi la maggior parte non inizierà neppure un trattamento e tra i pochi che perderanno peso, dopo averlo portato a termine, la maggior parte lo recupererà rapidamente. In pratica viene delineata una malattia nella malattia ovvero il disagio legato alla grande difficoltà

nel perdere peso e alla grande facilità nel riacquistarlo. È opinione comune che in molti sia presente una situazione di insoddisfazione per la propria immagine corporea che non trae beneficio dal ricorso alla dieta e spesso, al termine del trattamento, il peso recuperato è maggiore di quello perduto accentuando il disagio. Inoltre alcuni soggetti vanno incontro nel tempo ad alterni periodi di perdita e di recupero ponderale configurando quella che viene chiamata *Weight Cycling Syndrome (WCS)* e che potrebbe associarsi a un maggior rischio cardiovascolare (1). Infine, sono esperienze diffuse le alte percentuali di insuccessi dietoterapici che si riscontrano nei soggetti affetti da diabete di tipo 2,

considerato malattia disnutrizionale ancor prima che la sindrome metabolica fosse definita come entità clinica. Tali evidenze ci hanno portato a modificare l'atteggiamento nei confronti della dieta, non più da considerare atto di prescrizione integrativa, ma educazione alimentare o meglio acquisizione di comportamenti alimentari corretti. La dieta è, a tutti gli effetti, parte fondamentale di quel *disease management*, cioè di una gestione adeguata della malattia, che vede nel paziente non un recettore passivo di informazioni, ma un decisore competente e componente attiva del processo di cura. In tutte le patologie in cui l'alimentazione gioca un ruolo importante l'educazione alimentare è anche educazione terapeutica e deve permettere all'individuo di acquisire e mantenere le capacità che possono consentire di realizzare una gestione ottimale della propria vita seppur in presenza di una patologia (2) o di un rischio di patologia. Per fare educazione alimentare è necessario conoscere il significato profondo dell'atto alimentare per l'individuo e il gruppo di popolazione a cui appartiene e avere almeno un'idea di quanto la cucina, sia essa di apparenza o di sostanza, sia socialmente utile. Dopo l'esaltazione del metodo e della ragione scientifica, la cultura postmoderna tende, oggi, a demitizzare il modello esplicativo offertoci dalle scienze naturali e dalla filosofia empirista, illuminista e positivista (3). Le difficoltà per i pazienti non risiedono nell'apprendimento delle varie informazioni, ma nella loro interpretazione e nella possibile utilizzazione nella pratica quotidiana (4).

venire e curare meglio la malattia con l'educazione (5). Questo assunto trova difficoltà applicative perché i pazienti vanno dal medico per essere curati e possibilmente guariti e non per essere educati. Le difficoltà sono ancora maggiori quando l'intervento riguarda l'atto alimentare che è gravato di notevoli componenti psicologiche e sociali. Importanti sono le motivazioni alla cura ovvero l'insieme dei fattori intrapsichici e relazionali che concorrono ad attivare e mantenere i comportamenti volti non solo al curarsi nel senso anglosassone del termine, cioè del prendersi cura di sé (*care*), ma anche quelli volti al farsi curare. Fondamentali sono il rapporto con la malattia e la cultura della stessa, intesa come insieme di concetti compresi e condivisi. Qualunque processo necessita di una valutazione di efficacia, a maggior ragione in un campo tanto delicato in cui l'educazione coincide con la terapia e vi è la necessità continua di mettersi in discussione per tentare nuove strade e non abbattersi per gli insuccessi. In pratica, una volta stabiliti gli obiettivi, si deve preparare il programma per raggiungerli e contemporaneamente i metodi di valutazione che debbono riguardare sia il programma attuato sia i risultati raggiunti. La definizione, o meglio la ridefinizione, degli obiettivi e del programma sarà tanto più attendibile quanto più precisi saranno i metodi di valutazione. Nella figura 1 è descritta, sommariamente, la spirale del processo educativo. L'educazione alimentare, o piuttosto il trattamento nutrizionale, cioè l'intervento del medico sull'alimentazione del soggetto, nasce contemporaneamente alla definizione della malattia diabetica; altrettanto si può dire per l'obesità e/o la sindrome metabolica. Parlare di alimenti e di alimentazione in questo settore può voler dire dilungarsi e impelagarsi in una trattazione enciclopedica o risolvere il tutto con un'affermazione lapidaria del tipo "il paziente

Obesità, sindrome metabolica, diabete e alimentazione

Una delle scoperte mediche più importanti degli ultimi 20 anni è stata l'evidenza scientifica di poter pre-

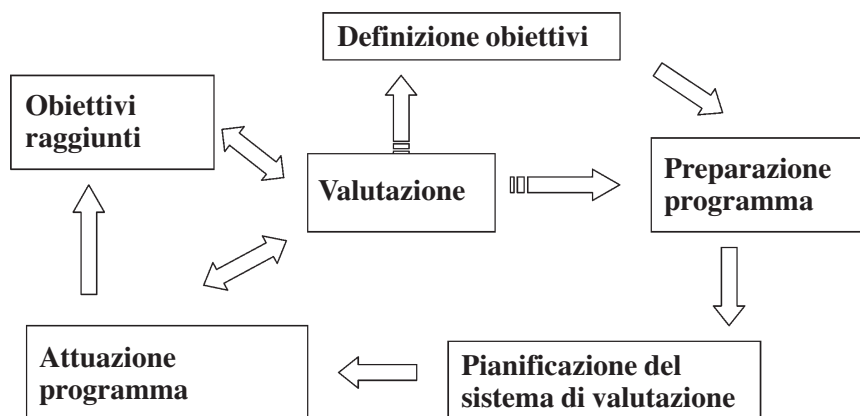


Fig. 1. Spirale del processo educativo.

deve mangiare come il resto della famiglia" e in entrambi i casi il comportamento è corretto. Infatti, la tesi che l'assunzione di una maggiore quantità di grassi di origine animale, tipica di quanti vivono in una società industrializzata, può contribuire a una più alta incidenza del diabete e a un aumento delle sue complicanze è stata, anche recentemente, dimostrata. Esiste un preciso rapporto tra elevata assunzione di grassi saturi e ridotta azione dell'insulina endogena; i grassi animali peggiorano l'insulino-sensibilità mentre quelli vegetali non la influenzano. Quando l'introito dei grassi totali è alto (> 37%) l'effetto positivo della qualità scompare (6) mentre l'aderenza a una dieta di tipo mediterraneo, ricca di frutta e vegetali, risulta associata a una riduzione significativa della mortalità totale (7) anche in popolazioni che non fanno parte del bacino del Mediterraneo (8). Le modificazioni delle abitudini alimentari e dei comportamenti sono alla base dell'aumentata prevalenza della malattia diabetica. L'obesità e il diabete di tipo 2 sono condizioni di frequente riscontro e coesistenti; solo recentemente sono stati identificati i processi che attraverso lo sviluppo dell'insulino-resistenza collegano l'obesità addominale alla sindrome metabolica e al diabete non insulino-dipendente. La scoperta della leptina ha portato il tessuto adiposo al centro dell'attenzione e ha incoraggiato ricerche che hanno permesso di definirlo come organo adiposo e di spiegare in modo più preciso la tesi del gene risparmiatore. Negli ultimi milioni di anni la scarsa disponibilità di cibo ha consentito la selezione di quei geni che permettevano un migliore sviluppo di questo organo e una maggiore resistenza al digiuno. La diffusione endemica dell'obesità, della sindrome metabolica e del diabete è in relazione alla attuale disponibilità di cibo, senza precedenti nella storia umana, che ha trasformato un vantaggio evolutivistico in uno svantaggio metabolico (9). Negli anni si è cercato ripetutamente un rimedio proponendo regimi dietetici particolari con risultati non sempre esaltanti. Nel 1994 l'American Dietetic Association ha proposto le strategie necessarie per raggiungere un buon controllo glicometabolico nel diabetico di tipo 2 (10) che quasi sempre è obeso e le ha racchiuse sotto il nome di MNT; in particolare l'intervento comprende:

- ridurre l'intake calorico al fine di avere almeno una moderata perdita di peso;
- modificare l'intake di grassi;
- migliorare la scelta dei cibi;
- frazionare adeguatamente i pasti;
- aumentare l'attività fisica;
- autocontrollo ed eventuale trattamento farmacologico.

Gli obiettivi della MNT (11) sono quelli di incidere sulle abitudini alimentari e sull'attività fisica in modo da raggiungere un peso ragionevole e ottenere un buon controllo metabolico. La terapia medica nutrizionale viene definita come l'utilizzo di specifici servizi nutrizionali per trattare una patologia, un danno o una condizione e comprende 2 fasi: valutazione dello stato nutrizionale e trattamento (12). Per trattamento si intende la terapia nutrizionale, il counseling e l'utilizzo di supplementi nutritivi specialistici (13). L'educazione alimentare diviene terapia e trova una standardizzazione metodologica che comprende: 1) valutazione dello stato di nutrizione, della conoscenza e della capacità di autogestione da parte del paziente; 2) identificazione degli obiettivi nutrizionali individuali; 3) attuazione di interventi che comprendono la pianificazione dei pasti e la produzione di materiale educativo che consenta al paziente di migliorare il piano di intervento; 4) valutazione e monitoraggio dei risultati. Il 105° US Congress, nel Balanced Budget Act del 1997, ha richiesto che venisse condotto uno studio dallo Institute of Medicine (IOM) della National Academy of Sciences per valutare l'efficacia clinica ed economica della MNT come possibile intervento di prevenzione. Nel 1999 lo IOM ha pubblicato il rapporto conclusivo, dando un giudizio positivo, e ha addirittura affermato la necessità che una MNT individualizzata, prescritta da un dietista abilitato che si avvalga di un consulto medico, sia un beneficio coperto dal *Medicare* nell'ambito di un approccio multidisciplinare alla cura del diabete (14). La posizione ufficiale della American Diabetes Association 2002 sostiene testualmente che "a causa della complessità dei problemi della nutrizione, si raccomanda che un dietista abilitato, ben informato ed esperto nell'applicazione della terapia nutrizionale nell'ambito della gestione del diabete e della educazione, faccia parte del team della terapia medica nutrizionale. Tuttavia è essenziale che tutti i membri del team siano ben informati a tal riguardo e siano di aiuto alla persona con diabete che necessita di apportare cambiamenti allo stile di vita" (15). Tali cambiamenti sono un mezzo estremamente efficace per ritardare o meglio prevenire il diabete di tipo 2; un programma che preveda una perdita di peso almeno del 7% e un'attività fisica di soli 150 minuti alla settimana è in grado di prevenire un caso di diabete ogni 7 persone a rischio trattate per 3 anni (16). Se consideriamo che negli Stati Uniti almeno dieci milioni di persone hanno caratteristiche tali per poter essere considerate a rischio, è chiaramente immaginabile l'efficacia anche economica di un simile trattamento. Inoltre studi presenti in letteratura hanno dimostrato che la MNT è in grado di ridurre l'HBA_{1c} di circa l'1% nei diabetici di tipo 1 neodia-

gnosticati e di circa il 2% nei tipo 2. La MNT deve quindi essere considerata come monoterapia, insieme con l'attività fisica, nell'approccio iniziale di tutti i pazienti di tipo 2 con glicemia a digiuno < 200 mg/dl (15, 17, 18). Nonostante ciò tali evidenze incontrano ostacoli, spesso insormontabili, nel quotidiano, e la domanda che ci dobbiamo porre non è cosa si deve fare, ma perché quello che in realtà riusciamo a fare è tanto poco.

I programmi alimentari e i punti critici

Per comprendere le contraddizioni attuali è necessario ripercorrere a grandi linee quella che può essere definita la storia della nutrizione moderna e che è indissolubilmente legata alla storia americana. È esperienza comune di chi si reca per la prima volta negli Stati Uniti rimanere sorpreso dall'enorme numero di obesi che si incontrano e notare che tutta la popolazione sembra eccessivamente nutrita. D'altra parte, fin dalla nascita della nazione, gli americani si sono orgogliosamente autodefiniti popolo dell'abbondanza (19). Nonostante i primi anni del sec XVII siano stati difficili per i nuovi arrivati, pur tuttavia la maggior parte degli abitanti delle colonie americane della Gran Bretagna era nutrita meglio di quanti erano rimasti in patria. Nel 1770 i coloni che si ribellarono contro il governo britannico erano in media molto più alti dei soldati inglesi o dei francesi venuti in loro aiuto. Avevano, infatti, già raggiunto l'attuale altezza in relazione ai vantaggi nutrizionali di cui usufruivano. Pur vivendo in un periodo storico in cui l'economia era essenzialmente di sostentamento, godevano di una abbondanza di cibo divenuta immediatamente tradizione e abitudine. Nel 1793 John Bell, medico di Philadelphia, afferma che è naturale che gli americani siano grandi mangiatori perché vivono in mezzo a grandi quantità di cibo. Negli anni a cavallo tra il 1830 e il 1840 si ha la prima riforma alimentare che è un misto di scienza, morale ed economia. Il reverendo William Sylvester Graham piega la maggior parte delle conoscenze scientifiche dell'epoca alle sue idee vegetariane e a una diffidenza pseudoreligiosa verso qualsiasi cibo che si presentasse alterato rispetto alla condizione naturale. La farina integrale viene definita "Graham flour" e dopo l'apertura dei primi negozi dietetici anche i "cracker Graham" vengono prodotti industrialmente. Verso la fine del secolo la seconda riforma alimentare vede come protagonista il Dott John Harvey Kellog, erede della tradizione di Graham, inventore dei corn flakes e direttore del celebre sanatorium vegetariano a Battle Creek nel Michigan. Kellog, pur non avendo molti meriti scientifici, è però geniale e riesce a trasformare un luogo di

cura, fondato dagli avventisti e scarsamente frequentato, in una clinica alla moda in cui la clientela è convinta di ricevere cure all'avanguardia, dal punto di vista nutrizionale. L'interesse economico risulta predominante come sempre e caratterizza anche il periodo che può essere definito della vitaminomania e che riguarda la prima metà del Novecento. Anche in questo caso alcune evidenze scientifiche vengono esasperate tanto che quando nel 1940 i medici della celebre Mayo Clinic, denunciano i danni della carenza di vitamina B₁ sul comportamento degli adolescenti, la tiamina viene ribattezzata vitamina morale. Più recentemente la *Negative Nutrition* riprende alcuni dei temi cari a Graham, specie, quando nelle mani di moralisti come gli "zuccherofobi" riecheggiano le parabole protestanti sui pericoli della perdita della grazia. Il successo dei movimenti descritti è sempre legato indissolubilmente a un connubio coinvolgente tra tipo di dieta proposto, atteggiamento e morale dei pazienti e ritorno economico. Il riconoscimento scientifico di quanto proposto non è mai elemento fondamentale. La medicina ufficiale ha sottovalutato queste evidenze e ha continuato a promulgare raccomandazioni e linee guida con fredde e asettiche percentuali numeriche per i macronutrienti, costantemente disattese. Eppure nel 1935 Joslin scrisse: "nel suggerire ai diabetici la dieta da seguire sottolineo l'importanza dei carboidrati e solo a pochi ricordo il valore delle proteine e dei grassi... se un paziente impara il contenuto dei carboidrati di sette tipi diversi di cibo e utilizza il suo buon senso raramente commette errori madornali... i diabetici non possono essere assillati da regole aritmetiche superflue. Il costringere un paziente a rivolgere attenzione al singolo grammo di cibo può avere come conseguenza la rinuncia definitiva a pesare i cibi"(20). Le principali società scientifiche sono concordi nell'affermare che la quota dei carboidrati può e deve variare in base alle abitudini individuali e locali e in maniera complementare con il consumo di grassi cis-monoin saturi e può raggiungere anche il 60% dell'energia totale a patto che derivi principalmente da alimenti ricchi in fibre idrosolubili (frutta, vegetali e legumi) o a basso indice glicemico (pasta, legumi, riso parboiled). L'apporto complessivo dei grassi non deve superare il 30% e quello proteico dovrebbe variare tra il 10 e il 20% dell'energia totale (21). Nonostante la condivisione di queste semplici norme, a distanza di circa 70 anni dalle parole di Joslin, nella pratica nutrizionale sono purtroppo ancora presenti ostacoli legati alla cultura medica che vanno contro il buon senso e rendono difficile l'aderenza alla prescrizione dietetica. Il cardine dell'atteggiamento moderno nei confronti della malattia è il riconoscimento della non responsabilità

GLDM

Rassegna

25, 199-212, 2005

morale del paziente; invece verso gli obesi e ancor peggio nei confronti degli obesi diabetici viene posto in essere il pregiudizio della irresponsabilità morale del soggetto che è causa della propria malattia. L'obeso deve mangiare di meno perché l'iperalimentazione è causa dell'obesità: seguendo questo filo logico la dieta viene somministrata e vissuta come agente contrario e crea una naturale reazione di difesa che ne impedisce l'attuazione. Al contrario i guaritori tradizionali e chi spesso propone soluzioni alternative individuano nella società, e comunque sempre negli altri, i motivi che sono alla base della patologia. L'individuo non viene colpevolizzato e al contrario gli viene fornito un supporto psicologico e una serie di motivazioni che riducono l'ansia. Infine la classe medica spesso ragiona in nutrizione seguendo premesse non veritiere (22) del tipo:

- *Le persone diabetiche hanno bisogno di un programma alimentare altamente strutturato, individuale e assoluto; nessuna eccezione può essere concessa.* Chi ragiona in questi termini non tiene conto del fatto che un programma alimentare non deve essere considerato una dieta in senso fortemente restrittivo, ma piuttosto una guida a una sana alimentazione. Il diabete e l'obesità sono malattie croniche e qualunque programma va considerato non a termine. Le raccomandazioni del 1994 dell'American Diabetes Association (ADA) ricordavano che non esiste e non può esistere una dieta per il diabete o una dieta ADA perché la terapia nutrizionale deve essere individualizzata in considerazione delle abitudini alimentari e dello stile di vita.
- *Il sistema di scambio è l'unico approccio di pianificazione alimentare per i diabetici.* Quando sono state proposte le liste di scambio, le persone mangiavano in modo più semplice e il peso dell'industria inteso come forza di penetrazione, informativa e di comunicazione alimentare, nettamente inferiore. La MNT si basa fundamentalmente su un esame nutrizionale completo, sulla definizione di obiettivi, sull'intervento nutrizionale e sulla valutazione. Indipendentemente dalle convinzioni personali il sistema delle liste di scambio è ampiamente utilizzato e utilizzabile anche se richiede lo sviluppo di un programma alimentare come guida per scelte appropriate in relazione agli obiettivi e ai mezzi che si utilizzano per raggiungerli senza dimenticare la cultura del singolo.
- *I diabetici possono essere divisi in pazienti di tipo 1 e di tipo 2.* Ancora troppo diffusa è la tendenza a tipizzare il paziente per patologia e a non considerarlo "a tutto tondo". Modificare la dieta dell'individuo vuol dire modificarne i comportamenti che sono indi-

pendenti dalla malattia specifica e legati a fattori ambientali e genetici.

- *Somministrare una dieta è una metodica banale che richiede poco tempo e necessita soltanto di un supporto cartaceo o informatico standard.* Mi vorrei soffermare brevemente sull'ultima affermazione ricordando per esempio che nel nostro Paese solo pochissimi servizi di dietetica e/o di diabetologia hanno delle linee guida di MNT che stabiliscano anche il tempo richiesto; tanto per chiarire il concetto si ricorda che da oltre dieci anni è stato stabilito e accettato che una prima visita per MNT in un diabetico di tipo 2 richiede un minimo di 1 ora, il primo controllo a 2 settimane almeno 30-45 minuti e il secondo controllo dopo altre 2-4 settimane lo stesso tempo. La mancanza di standard minimi di gestione è uno dei momenti critici che condizionano il trattamento nella medicina moderna: Lucchin ha affermato che, nel proprio centro, al di sotto dei 34 minuti non vi può essere alcuna prestazione nutrizionale ambulatoriale accettabile (23). Altro momento critico è la composizione del team e la professionalità dei componenti. I dati migliori ottenuti nel RUN-IN dell'UKPDS (UK Prospective Diabetes Study Group), uno degli studi-faro per i diabetologi per quanto riguarda la perdita di peso, sono stati ottenuti nei centri dove erano presenti più dietisti. Anche i dati che nascono da un'extrapolazione del DCCT (Diabetes Control and Complications Trial) dimostrano che i risultati migliori nel controllo glicometabolico vengono raggiunti da quanti lavorano su programmi alimentari e progetti condotti da dietisti (24). Le diverse professionalità del team devono interagire per ottenere quella educazione terapeutica in grado di aiutare i pazienti ad acquisire o conservare le competenze necessarie a gestire al meglio la loro vita con una malattia cronica (25). Infine, che non si debba confondere la classificazione del diabete con le diverse classificazioni dei pazienti è scontato, ma nella pratica clinica spesso dimenticato. Sapere tutto della malattia è un esercizio che sappiamo fare benissimo, conoscere il paziente e le sue problematiche è un esercizio che non ci piace e non sappiamo fare. Il punto debole nell'approccio alla malattia è l'incapacità a tradurre nella pratica i risultati della ricerca. Se è vero, infatti, che il livello delle conoscenze in questo settore non ha fatto altro che accrescersi, è anche vero che l'applicazione di tali conoscenze è stata frammentaria. Il Diabetes Prevention Program (DPP) ha dimostrato che l'intervento sullo stile di vita può ritardare o prevenire la progressione da alterata tolleranza al glucosio (IGT) a diabete tipo 2.

L'esecuzione di un'analisi costo-efficacia all'interno del DPP ha consentito di verificare che gli interventi intensivi sullo stile di vita sono anche economicamente validi. L'adozione di programmi mirati di prevenzione nei piani sanitari nazionali potrebbe comportare importanti benefici (26). Tuttavia almeno tre barriere si oppongono a interventi di questo tipo nel Servizio Sanitario Nazionale. La prima è che, al momento, interventi intensivi sullo stile di vita non sono attuabili negli ambulatori dei medici di medicina generale e per organizzarli mancano le infrastrutture e i mezzi necessari. La seconda è la difficoltà a rendere rimborsabili in modo congruo tali interventi e la terza è che è molto più facile far capire gli effetti benefici di uno stile di vita sano piuttosto che riuscire a far fare scelte di vita sana (27). Lo sviluppo di programmi di "traslazione" in grado di individuare gli ostacoli (fig. 2) che impediscono l'utilizzo pratico delle ricerche è uno degli obiettivi avanzati, per esempio, del Michigan Diabetes Research and Training Center (MDRTC) (28). Se il percorso necessario per mettere in pratica le nuove acquisizioni fosse chiaro, dovrebbero essere sufficienti il valore scientifico delle scoperte e i relativi benefici per consentirne l'applicazione in modo adeguato in coloro che ne possono trarre vantaggio. In realtà il passaggio dall'evidenza scientifica alla pratica clinica è irto di ostacoli e il relativo superamento dipende da quanta influenza possono avere questi ultimi sul medico e sul paziente. Il primo importante passo è la precisa definizione del messaggio che si vuole traslare; messaggi confusi e imprecisi portano a risultati altrettanto confusi e imprecisi. Purtroppo dobbiamo ammettere, almeno fino a poco tempo fa, l'assenza completa di conoscenze e strumenti sulla comunicazione fornita dai corsi di laurea in medicina. Si è così verificato, in genere, un aumento del gap tra la conoscenza medica e la percezione dell'utenza. Nel processo di comunicazione, abitualmente, si evidenziano due poli, un mittente o

sorgente e un ricevente o destinatario. Nel nostro caso i due poli sono due persone, il medico e il paziente e il processo è molto più rapido attivando meccanismi di trasmissione e ricezione legati all'attività di codifica e decodifica del segnale che costituisce il messaggio informativo (29). In etologia si definisce comunicazione il processo attraverso cui due o più animali, quasi sempre della stessa specie, si scambiano messaggi. È un processo circolare in cui entrambi gli attori sono parte in causa attiva nella costruzione comune di senso e significato condivisi rispetto a quanto si vuole trasmettere. Vive, in pratica, sul feedback. La mancanza di un codice e di un contesto comune (conoscenze) tra mittente e ricevente crea delle interferenze che interrompono il processo. La scarsa attenzione posta dai team nel verificare quanta parte del messaggio e quindi delle informazioni sui comportamenti alimentari è stata recepita ed è attuabile è un altro di quegli ostacoli legati alla cultura medica che impediscono un corretto fenomeno di traslazione (fig. 3).

Educazione alimentare, self management training e globalizzazione

Qualunque tipo di intervento finalizzato al raggiungimento di quello che viene definito self-management training in nutrizione (30) dovrebbe tener presente la teoria di Lowenberg sulla maturazione umana alle abitudini alimentari (31). Il modello descrive il passaggio da un'alimentazione indispensabile per la sopravvivenza a un'alimentazione per l'autorealizzazione e in particolare cinque step.

1. *Necessità fisiche per la sopravvivenza.* È uno stadio simile all'alimentazione degli animali che deve garantire la regolare disponibilità di quantità sufficienti di nutrienti.
2. *Necessità sociali per la sicurezza.* Una società una



Fig. 2. Il concetto di traslazione in diabetologia (modificato da Hiss RG).

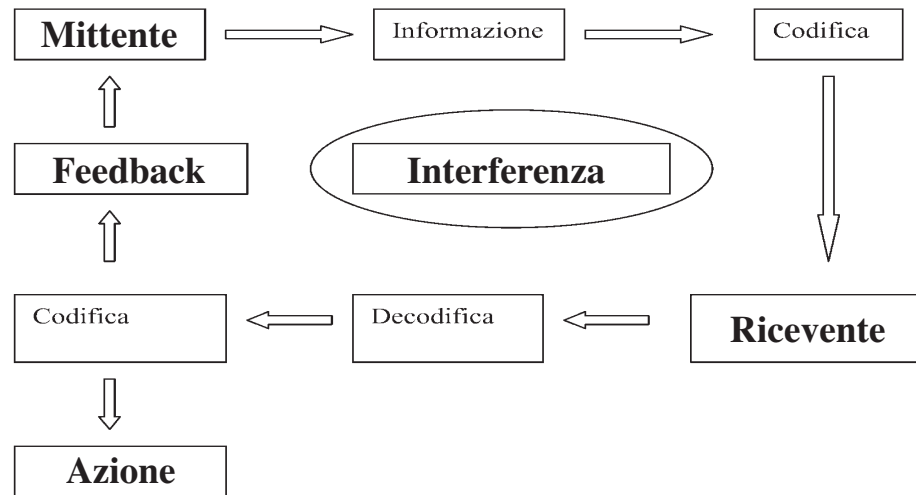


Fig. 3. Schema di un processo di comunicazione (modificato da Alfano A).

volta soddisfatto il fabbisogno giornaliero deve pensare alle scorte per esigenze future.

3. *Appartenenza.* L'appartenenza a un gruppo si manifesta anche dall'omologazione consensuale dei consumi alimentari.
4. *Stato sociale.* La posizione sociale può essere definita in base a quali alimenti vengono consumati e con chi.
5. *Autorealizzazione.* Solo quando i 4 precedenti passaggi sono soddisfatti un individuo può scegliere di provare altri alimenti indipendentemente dalla provenienza solo o prevalentemente per soddisfazione personale.

In pratica questo modello è una rivisitazione della scala delle motivazioni secondo Maslow (fig. 4) e con questa andrebbe integrata poiché passaggio fondamentale è quello della sicurezza (secondo step) che non dipende soltanto dalle risorse disponibili, ma anche dalla capacità di utilizzarle alla luce di indicazioni sanitarie. Nutrirsi è una risposta a un bisogno biologico, ma il soddisfacimento di questo bisogno è anche una risposta sociale e culturale. Secondo Lowenberg l'adesione a una dieta per scopi sanitari è più semplice in presenza di uno stato socioeconomico elevato perché l'autorealizzazione può facilitare la volontà al cambiamento. In realtà questa teoria andrebbe rivisitata alla luce degli eventi successivi alla globalizzazione che in un qualche modo è riuscita a negativizzare l'effetto positivo dell'autorealizzazione sulla possibilità di modificare i comportamenti. Pertanto le conclusioni a cui era arrivato Maslow non sono più condivisibili. Cento anni fa, con il fu Mattia Pascal, Luigi Pirandello apriva la riflessione sulla perdita di identità dell'uomo moderno. La scoperta illuminante di Pirandello è che l'identità sociale è anche l'identità ontologica dell'individuo. Questa sco-

perta fa di una cronaca grottesca un romanzo filosofico: l'uomo che non ha documenti non è più un soggetto, ma solo un individuo; in pratica diventa una cosa (32). Nel mondo moderno, la perdita di necessità prioritarie si accompagna all'omologazione in un consumismo, immemore delle tradizioni e quindi senza documenti, che trasforma il soggetto in oggetto seppur consumante. E, paradossalmente, proprio chi ha raggiunto l'apice della piramide è portato a consumare di più e a provare, per primo, le nuove offerte del mercato indipendentemente che siano alimenti che arrivino da terre lontane o nuove proposte culinarie. L'essere più facilmente disponibili ai cambiamenti ci rende anche più influenzabili da parte dell'industria indipendentemente dall'autorealizzazione.

Comunemente si dice che la globalizzazione o mondializzazione degli alimenti è dominata da sole tre cucine: fast food di tipo americano (macdonalizzazione alimentare), cucina cinese e, infine, la sempre più diffusa cucina italiana o meglio italiota che sta provocando una sorta di italianizzazione della cucina mondiale (33, 34). La cucina italiota non ha molti rapporti con la vera cucina italiana e soprattutto con le ricette regionali, ma la ricorda nell'uso di materie prime alimentari o di piatti di nome e di origini italiane. Le multinazionali sono costantemente al lavoro per produrre cibi senza identità, che vadano bene in Cina come negli Usa, in Europa come in Oceania (35). Sono cibi facilmente cucinabili, facilmente assorbibili, facilmente acquistabili e che facilmente contrastano con programmi alimentari a lungo termine. Sono cibi che non richiedono cultura per essere preparati e consumati e come tali non sono in grado di trasmetterne; fortunatamente sembra possibile apprezzare un aumento, in questi ultimi anni, della domanda di prodotti tipici di pari passo a una rinnovata insorgenza identitaria.



Fig. 4. La scala delle motivazioni secondo Maslow.

Fortunatamente dico, perché sono propri della nostra tradizione piatti appetitosi, ma poveri che ben si sposano con le esigenze del diabetico e che consentono di superare la monotonia e la frustrazione di un piano alimentare a volte troppo privativo e mal sopportato (36). La ricerca dei prodotti tipici e recentemente anche biologici rispecchia un cambiamento di rotta, speriamo duraturo, che punta alla differenziazione dei vari Paesi Europei e anche di singole regioni. È necessario evitare che un fenomeno del genere venga inglobato artificialmente nel sistema del consumo di massa (37) e falsificato. Più le cose sono preziose e richieste e più facilmente vengono falsificate; in alimentazione si possono avere falsi d'origine, false produzioni locali o false tradizioni. Il luogo d'origine di un olio è dove questo "nasce" e allora visto che l'olio nasce nel frantoio è questo il suo luogo d'origine indipendentemente dalla provenienza delle olive (38); di esempi simili ve ne sono moltissimi, ma i falsi sono possibili perché il consumatore ha spesso il culto del prodotto, ma non la cultura che ne giustifica il consumo. Un approccio del team rispettoso delle tradizioni, teso ad arricchire la cultura e le esperienze ambientali del singolo potrebbe prevenire il fenomeno appena descritto e consentire di ottenere risultati riuscendo anche a contrastare messaggi di forte penetrazione come, per esempio, quelli sui prodotti light. Negli anni Novanta l'industria ha captato la necessità di muoversi in una dimensione più leggera intendendo per leggero qualcosa che dovrebbe appagare senza fare danni e in questa ottica è iniziata la produzione di prodotti light che altro non sono se non prodotti modificati nei propri componenti in modo da apportare almeno il 25% in meno delle calorie rispetto al prodotto originale. Consumare alimenti leggeri è più facile che diminuire la quantità dei

cibi abituali, ma non riesce ad avere un fine educativo nutrizionale; al contrario abitua al consumo senza influenzare il gusto che è naturalmente orientato verso alimenti ricchi in energia (39). Il consumatore continua a essere consumatore in senso stretto, cambia soltanto il prodotto consumato. La fortuna di alcuni prodotti è solo in relazione all'influenza del messaggio e dell'immagine proposta. D'altra parte non si può non essere d'accordo con quanti affermano che i consumatori inizialmente si sono adattati ai prodotti, poi i prodotti ai consumatori e ora consumatori e prodotti si adeguano alle esigenze della comunicazione e spesso allo scambio diretto. La possibilità offerta, sempre più frequentemente al singolo, di interferire direttamente con i venditori, accelererà ancora di più il ricambio e la penetrazione dei prodotti scambiabili. Si pensi alle vendite porta a porta e a quale quota di mercato, per prodotti direttamente o indirettamente rapportabili con la dieta, rappresentano. Le famiglie, infine, delegano sempre più spesso alle istituzioni, scuola soprattutto, i compiti relativi all'educazione dei giovani compresa quella alimentare. Gli insegnanti dovrebbero, e sovente lo fanno, inserire nei relativi programmi obiettivi tesi a migliorare le conoscenze sull'alimentazione, a creare una coscienza critica di settore, a educare il gusto, a correggere le abitudini rischiose e aumentare il tempo dedicato all'attività fisica. Per quanto riguarda l'intervento mirato sulle conoscenze le principali società scientifiche (40) concordano che devono essere presi in considerazione tre aspetti: quello biologico, quello sanitario e infine l'aspetto etnico. L'alimentazione deve rispettare le tradizioni e indurre all'utilizzo delle risorse dell'ambiente in cui si vive; in questo senso è evento di cultura che apporta nuova cultura.

Terapia nutrizionale specifica culturalmente efficace

Con la spiegazione il medico dissolve l'insieme dei fenomeni relativi alla malattia nelle loro componenti particolari seguendo il modello dell'oggettività scientifica ma così facendo riduce la complessità del corpo-vissuto alla semplicità del corpo-cosa (41). Anche se la cultura postmoderna tende a demitizzare tale modello e ad avvicinarsi a quello comprensivo della fenomenologia e dell'esistenzialismo, la malattia è ancora l'oggetto specifico del sapere medico. Nel confronto medico-portatore di patologia molti considerano tre livelli di complessità. Il primo è la complessità oggettiva o ancora tutto ciò che può essere osservato, descritto o quantificato al fine della diagnosi e della cura; il secondo è la complessità soggettiva che è relativa al vissuto della persona. Il terzo livello è la complessità transpersonale che secondo qualcuno è legata ai limiti delle conoscenze sia soggettive sia oggettive e secondo chi scrive è invece il limite di rapporto legato allo scontro tra modi di pensare diversi e alle difficoltà di accettare punti di vista o comportamenti non scientificamente corretti. La dietetica clinica presenta limitate difficoltà oggettive; il consenso scientifico sulla corretta alimentazione è un dato di fatto, non altrettanto si può dire per il secondo e il terzo livello di complessità. Infatti, la dieta o meglio l'abitudine a consumare determinati alimenti, il modo di consumarli, quando e da chi vengono consumati, sono una caratteristica specifica della cultura dei popoli. Le tradizioni alimentari fanno parte del patrimonio ereditario dell'individuo al pari del linguaggio o dell'abbigliamento e spesso sono l'ultimo fattore culturale a modificarsi, in caso di emigrazione, ma anche quello più difficile a essere compreso. Le società più deboli sono spesso travolte dai costumi della civiltà dominante con effetti a volte deleteri. Gli indiani Pima, abbandonati gli usi e costumi dei padri, sono diventati per lo più obesi, diabetici, malati e oggetto di studio per gran parte del mondo scientifico. Uno di loro, Penna che Ronza al secolo Gorge Webb, in un volumetto dal titolo *Ricordi di un Indiano Pima*, ben prima di noi medici aveva capito il problema. Infatti nell'introduzione dice: "Questi miei antenati... furono abituati a vivere in stretto contatto con la natura, usandone le risorse per nutrirsi e vestirsi. Forse questo fatto, ha a che vedere con la loro longevità, perché tutti raggiunsero un'età molto avanzata" (42). Il mondo scientifico sa tutto sulla genetica metabolica dei Pima, ma sicuramente poco sulle modificazioni ambientali e politiche che hanno costretto un popolo che ben si era adattato agli Spagnoli nel XVII secolo e successivamente all'esercito americano al quale vende-

vano frumento e mais, a trasformarsi da agricoltori del deserto, autonomi, in poveri lavoratori ambulanti e in grassi e diabetici pensionati statali (43). Nel 1980 solo l'8,8% di tutti gli occupanti della zona del fiume Gila, la Pimeria alta, lavoravano ancora nell'agricoltura resa difficoltosa da progetti di irrigazione sbagliati dopo scientifici furti di acqua a favore dei coloni bianchi. Il mondo scientifico tende poi a sottovalutare che nelle civiltà moderne il simbolismo alimentare ha superato quello strettamente religioso e di appartenenza per divenire grossolanamente identificativo. Negli Stati Uniti, per esempio, nell'immaginario collettivo i poveri mangiano riso e fagioli, i ricchi caviale e champagne, gli yuppies formaggi caprini e chardonnay. Le donne sicuramente preferiscono le insalate mentre gli uomini la carne e le patate. Altri luoghi comuni: i neri scelgono il cibo per l'anima, gli ebrei cibi delicati, gli italiani la pizza. Alcuni Asiatici seguono i principi dello yin/yan che è una filosofia riguardante le forze opposte dell'universo. Applicata alla dieta, si ritiene che ogni pasto debba contenere forze yin (fredde) ossia verdure, alghe, pesce ed erbe e forze yan o calde come carne, pollo, frittura, alcol e spezie. I modi di mangiare dei vip sono argomento di culto e fanno notizia: al largo dello stretto di Messina Gianni Agnelli amava consumare riso e scampi, Ursula Andress adora le mezze maniche alla zingara, Valentina Cortese il risotto con la zucca e George Bush odia i broccoli che invece erano prediletti da Reagan (44). Perché le nostre raccomandazioni vengano rispettate devono tener presente le tradizioni alimentari, il significato e l'impatto che le stesse possono avere sulla malattia e quindi superare la complessità soggettiva e interpersonale. I comportamenti del nutrizionista potranno essere diversi se l'impatto del piatto tradizionale viene considerato positivo, negativo o neutro, ma comunque dovranno sempre tenere nel giusto conto il vissuto soggettivo dell'individuo. L'incoraggiamento a continuare nelle abitudini alimentari positive e il modificare quelle a impatto negativo può essere di aiuto nella terapia nutrizionale culturalmente specifica. In una società globalizzata, in assenza di frontiere fisiche e comunicative, chi si interessa di alimentazione a scopo medico deve essere in grado di fornire una informazione comprensibile, attuabile e di forte immagine. I "guaritori" tradizionali, in alcune culture primitive e non solo, operano in un regno olistico e trattano le cause spirituali o gli squilibri naturali alla base di una malattia. Sono in grado di offrire un importante sostegno psicologico e riducono l'ansia (45) indipendentemente dal risultato. La fortuna di tante diete strane e dei relativi inventori sta proprio nell'assecondare le richieste del cliente che spesso sono basate sulla necessità di assicurazioni e sulla ricerca del

“rimedio magico” che aiuti a superare quel particolare momento. Ci deve far riflettere anche il fatto che il diabete è un fattore di predizione indipendente per l'utilizzo di una “medicina” complementare e alternativa (CAM) e che proprio i diabetici con età > 65 anni e con un più alto livello culturale la utilizzino (46). La causa di quanto descritto va ricercata nella scarsa forza di penetrazione dei nutrizionisti come singoli e dei centri come strutture. La fredda razionalizzazione di alcune prescrizioni dietetiche per quanto scientificamente corretta è destinata all'insuccesso proprio per l'incapacità e l'impossibilità di rispettare le attese e creare un modello vincente. L'utilizzare delle scelte alimentari consolidate dalla tradizione, al contrario, rappresenta un'immagine forte, sfrutta in parte la cultura del singolo e ha una forza di penetrazione positiva. Negli USA è stato tentato un approccio rispettoso delle caratteristiche culturali in termine di lingua, dieta, enfasi sociale, partecipazione familiare e incorporazione di credenze culturali in riferimento alla salute in messicani americani diabetici che ha confermato i vantaggi di un intervento di questo tipo rispetto a quello tradizionale (47). Nel 1998 è stato pubblicato uno studio pilota condotto sugli Indiani Pima al fine di verificare l'aderenza a modificazioni dello stile di vita, confrontando un piano strutturato dietetico e di attività fisica (*Pima Action*) rispetto a un intervento, non strutturato, basato soltanto sul rinforzo delle tradizioni e della cultura del popolo (*Pima Pride*). Invariabilmente, gli aderenti al *Pima Pride* hanno avuto risultati migliori sia sul peso sia sulla prevenzione della malattia diabetica. Più recentemente un'esperienza analoga è stata condotta su obesi e sovrappeso diabetici di origine messicana in cui veniva implementato un tipo di dieta tradizionale “mexican-style diet” utilizzando in modo flessibile alimenti a basso indice glicemico. I risultati ottenuti sono stati analoghi. Questi tipi di intervento, meno diretti, meno strutturati e più partecipativi, possono essere considerati più accettabili e, alla fine, di maggiore utilità (48, 49). La flessibilità e la possibilità di superare la monotonia delle prescrizioni dietetiche convenzionali è risorsa che abbiamo imparato a sfruttare solo recentemente nonostante la lezione della storia. Infatti, i primi ricettari culinari nascono proprio nei conventi di clausura per superare il malcontento che un regime alimentare troppo rigido e soprattutto ripetitivo provocava. San Benedetto nella sua “Regola” inserisce “la misura del bere” e “l'ora dei pasti” e Suor Maria Vittoria della Verde nel 1583 trascrive ben 170 ricette. Il desiderio di interrompere la monotonia dei pasti in occasione delle feste ha, in questi casi, suggerito di raffinare la preparazione dei cibi ed elaborare una vera e propria cucina dei religiosi differenziata secondo le regioni, ma percorsa da uno spiri-

to comune: il mangiare nel refettorio (50) che diviene punto centrale di aggregazione e integrazione.

La cucina tradizionale come strumento di health management

A fronte di tanti input che agiscono come fattori di confusione siamo dell'idea che sia necessario puntare, tutte le volte che si voglia fare un intervento nutrizionale, su elementi stabili, accettabili e condivisibili. Se il razionale di una sana alimentazione è ormai unanimemente accettato ed è comune per l'obeso, il diabetico o il paziente affetto da sindrome metabolica, diversi sono gli strumenti utilizzati per metterlo in pratica. Dalle diete a scambio ai gruppi di rinforzo molto è stato provato e con alterne fortune. Tentare di cambiare le abitudini alimentari di adulti è impegno arduo e gravato frequentemente da insuccessi soprattutto se si cerca di incidere su alimenti cardine dell'identità alimentare. I futuristi si accorsero di queste difficoltà quando lanciarono la rivoluzione culinaria futurista che si proponeva di “modificare l'alimentazione del nostro popolo, fortificandolo dinamizzandolo e spiritualizzandolo con nuovissime vivande in cui l'esperienza, l'intelligenza e la fantasia sostituiscano economicamente la quantità, la ripetizione e il costo... La cucina futurista sarà liberata dalla vecchia ossessione del volume e del peso e avrà, per uno dei suoi principi, l'abolizione della pastasciutta... per quanto gradita al palato, ... vivanda passatista che appesantisce, abbrutisce, illude, rende scettici, lenti, pessimisti” (51). In Marinetti la gola diventa punto centrale del piacere di fronte al quale i due sessi raggiungono l'effettiva parità. La voluttà del palato è considerata ascensionale, dal basso verso l'alto del corpo umano, e questa spinta diventa norma igienica e morale. Il futurismo contrappone leggerezza e snellezza a pancioni e “panciofichisti” impiombati da una compattezza opaca e cieca (52). Marinetti dimostrò una eccezionale coerenza perché i banchetti futuristi ebbero realmente luogo e scatenarono polemiche anche all'interno dello stesso movimento; i redattori di “Nuovo Futurismo” dichiararono guerra al capo non considerando l'arte culinaria marinettiana degna di un movimento culturale. La maggior parte degli Italiani la considerarono solamente come una provocazione di un movimento in continua sfida con il gusto corrente lontana dai gusti, dalle abitudini e dalle necessità del popolo. Per questi motivi non ebbe successo e la pasta, introdotta nella cucina dei nobili siciliani da servitori arabi nel tardo Medioevo (53), ha continuato a essere una meravigliosa protagonista della cucina mediterranea in genere e italiana in particolare. D'altro canto

l'antropologia, da sempre, ha considerato l'alimentazione come il tratto distintivo di una cultura che apre un ventaglio di sentieri che conducono all'ecologia, alla tecnica, alla vita familiare e alla religione (54). Per Dalì la paranoia che conduce alla genialità deve per forza passare attraverso le proprie radici più forti ossia la lingua e la cucina. E in un geniale payés catalano come Dalì, in tutti i suoi scritti, in tante delle sue opere sono presenti gli alimenti di quella terra rossa "dove il forte vento di tramontana scolpisce le rocce e i cuori" (55). Per quanto ci riguarda, è vero che in una storia largamente oscura com'è quella della cucina casalinga italiana, il capitolo della nascita dei sistemi gastronomici è uno dei più misteriosi (19). Comunque è innegabile l'esistenza di ricette regionali e/o locali che si identificano con gruppi di popolazione e più di altri elementi ne sono carattere distintivo. In Italia le varie regioni e le diverse aree all'interno delle regioni hanno conservato una straordinaria ricchezza e diversità di cibi e vini ancora strettamente legati al territorio (56). William Black definisce questa realtà come un patrimonio culturale legato a un meraviglioso attaccamento a tutto ciò che davvero è legato ai sensi e che è contrario all'apiattimento del mondo industriale che nega il potere del gusto. Seguendo questo ragionamento, da alcuni anni, impostiamo l'educazione alimentare attraverso percorsi che portano alla riscoperta e all'utilizzo di piatti e ricette della tradizione. A tal fine abbiamo prodotto delle pubblicazioni sotto forma di guida a una alimentazione razionale, che rivisitano ricette tipiche e accanto a consigli medici raccontano, se pur stringatamente, il significato e il peso che la cucina tradizionale e regionale ha avuto nella nostra società. Obiettivo è quello di creare un rapporto stabile e collaborante tra equipe e soggetto come superamento di quel rapporto duale curante-curato vissuto come imposizione necessaria, ma non bene accetta se parliamo di alimentazione. Le LIGIO (Linee Guida Italiane Obesità) sottolineano come il risultato di qualunque intervento sia in diretta relazione con la possibilità di un contatto professionale continuo tra terapeuta e paziente; questa nostra guida o altre analoghe hanno anche il fine di consentire il contatto continuo e di fare in modo che il rapporto non si interrompa per l'impossibilità di accettare una prescrizione dietetica a volte subita come frustrazione sociale. Consentono, poi, di non demonizzare alcuni alimenti o gruppi di alimenti e di incidere positivamente e stabilmente sui comportamenti alimentari che sono un aspetto importante dello stile di vita. Per ottenere questo scopo qualsiasi strumento, manuale o libro che sia, deve essere molto vicino ai bisogni e soprattutto ai desideri del singolo; i piatti della cucina tradizionale possono essere di aiuto perché propri di quel patrimonio cul-

turale che si eredita al pari dei geni, rassicuranti perché conosciuti e non privativi e ora anche di moda. In pratica stiamo parlando di quelle radici che sono state definite "roots that speak to the world" che ci consentono di riconoscere gli individui. Infatti, dopo oltre un decennio è venuta meno, per dirla con le parole di Giovanni Capnist, Presidente dell'Accademia Italiana della Cucina, quella infatuazione per la nouvelle cuisine, venuta d'Oltralpe, che aveva contagiato tanti cuochi famosi. Ormai, anche in Francia si assiste alla riscoperta della tradizione in cucina e in tavola, e possiamo affermare che nel nostro Paese questa battaglia è ormai vinta. Più difficile sarà difendere quei prodotti di nicchia insidiati dalle norme comunitarie dalla possibile invasione di alimenti geneticamente modificati. Oggi si dice che l'omologazione consensuale dei comportamenti che fa nascere il senso di appartenenza a una società si ritrova non solo nella religione e nel misticismo ma anche nella simultaneità dei desideri consumistici e dei modi per soddisfarli. La cucina insieme alla lingua rappresentano l'ultima cosa che resta a chi migra, ma anche a chi subisce la migrazione, e può essere elemento di confronto di identità diverse e di scontro di identità. Alcune poesie dialettali, recuperate e poi riportate nelle nostre pubblicazioni, dimostrano come il senso di appartenenza a una società era legato, almeno in passato, alle consuetudini alimentari al pari del dialetto. Lo stile e le abitudini alimentari si modificano, si creolizzano, persistono e ritornano anche sulla base delle situazioni di contesto (54), ma i cambiamenti sono più facilmente accettati se rispettano e anzi rivalutano gli alimenti primari dei singoli gruppi di popolazione. In un periodo di grande riscoperta di tutto ciò che è "modernariato", mediare i consigli dietetici con ricette tradizionali rinforza l'identità regionale del singolo e impedisce quella spersonalizzazione dell'intervento che porta spesso al fallimento. Altro evento non proprio abituale per una guida salutistica è la presenza dell'abbinamento piatto-vino dando la preferenza a vini di qualità in linea con quanto presente in letteratura sugli effetti positivi per assunzioni moderate. È opinione personale che nei gruppi di rinforzo vada inserito quello che è lo studio del gesto nell'alimentazione al fine di arrivare a una tipizzazione accurata dell'individuo, assumendo il gesto stesso, automaticamente un valore rituale al quale non pensiamo in modo specifico. La sequenza di gesti e movimenti che caratterizzano il nostro modo di consumare i pasti e di bere sono espressione di un particolare vissuto e nascondono un rapporto preciso tra causa ed effetto. Per esempio la bottiglia preziosa di vino, degustata in occasioni particolari e con persone care al padrone di casa, racchiude in sé il percorso compiuto del gesto. Un prodotto prezioso

non può essere svilito da un uso comune (non può essere offerto a tutti e in tutte le occasioni); questa è la causa. L'effetto è la gratificazione di chi lo riceve che si sente partecipe e attore dell'evento. Per tale motivo quando si parla di atto alimentare, seppur all'interno di un percorso di prevenzione o addirittura di terapia, si deve arrivare a rendere finito l'intero gesto che è il consumare un pasto, rispettando la ritualità dello stesso. L'educazione alimentare ha finora spesso sottovalutato il legame fondamentale tra l'uomo e il suo nutrimento e cioè il principio del piacere (57). E non solamente il piacere intrinseco derivato dall'uso e consumo del cibo, ma soprattutto il piacere della scoperta, quello di manipolare materie prime per creare alimenti, il piacere del gioco che a tavola diventa convivialità e partecipazione. Questo ultimo concetto che ho riportato integralmente da un lavoro di Carla Garbato è quello che ci deve guidare tutte le volte che decidiamo di intraprendere un intervento di educazione alimentare che altro non può essere se non un intervento di educazione al gusto. La cucina tradizionale è lo strumento che ci consente di metterlo in atto.

Conclusioni

Fino a non molto tempo fa il diabete veniva considerato solamente come "disease of sugar" e l'obesità e la sindrome metabolica non avevano dignità clinica; questo errato modo di pensare ha portato a un tipo di approccio parziale e qualche volta controproducente. L'inveterata abitudine a prendersi cura più della malattia che del malato crea un ostacolo culturale e gestionale difficilmente superabile. Una visione olistica del

problema è necessaria se si vuole tramutare in vantaggi pratici quanto presente in letteratura. In quest'ottica il ruolo del nutrizionista è essenziale o meglio è essenziale una cultura che veda la Medical Nutrition Therapy come componente principale del management della malattia e dell'intervento di educazione terapeutica. All'interno della MNT la cucina tradizionale o meglio prescrizioni dietetiche culturalmente specifiche sono essenziali e dipendenti dalla capacità del terapeuta di accettare modificazioni e innovazioni (fig. 5) che come tali possono sembrare, almeno inizialmente, destabilizzanti (58). Nel corso dei processi di cambiamento o accettazione di evidenze scientifiche vi è la necessità di creare un clima in grado di alimentare e sostenere il nostro apprendimento e in fondo la nostra capacità a rischiare (59-62). Claes Jensen ha descritto alcuni anni or sono il processo di cambiamento utilizzando la metafora delle quattro stanze, ognuna delle quali rappresenta una particolare fase. La stanza della negazione sarebbe tanto attraente perché evita al singolo un carico eccessivo di responsabilità e di lavoro aggiuntivo; infine evita anche di impegnare risorse in progetti i cui risultati non sono prevedibili. Una MNT corretta è dipendente dalle capacità del medico di entrare nella stanza della confusione e programmare un nuovo modo di rapportarsi con il paziente. È importante non dimenticare, per ottenere risultati, due cose: la prima è, come Brillat-Savarin ci ha insegnato, che il piacere della tavola è di tutte le età, di tutte le condizioni, di tutti i Paesi e di tutti i giorni; può associarsi a tutti gli altri piaceri e rimane per ultimo a consolarci della loro perdita (63). La seconda cosa da tenere a mente è che "la lettura della cucina è un favoloso viaggio nella coscienza che le società hanno di se stesse, nella visione che esse hanno della loro identità" (54).

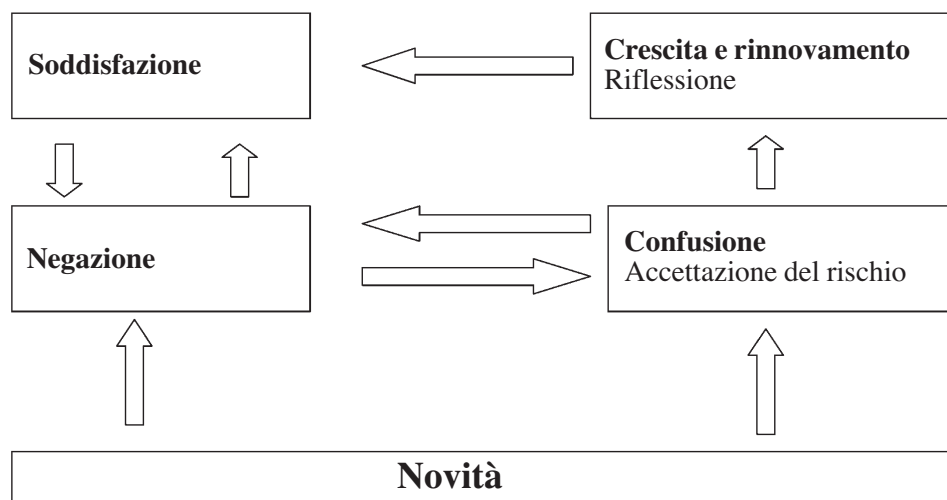


Fig. 5. Il processo di cambiamento secondo Phillips (modificato).

Bibliografia

1. Bosello O, Bissoli L: La fluttuazione del peso corporeo. In: Borsello O (Ed): *Obesità: un trattamento multidimensionale*. Editrice Kurtis, Milano, 1998, p. 615-625
2. Tiengo A: L'educazione terapeutica del paziente diabetico: introduzione. *GID 19* (suppl 2), S1, 1999
3. Bruttomesso D: Educazione alimentare per diabetici insulino-dipendenti. *GID 19* (suppl 2), S97-S100, 1999
4. Graziani V: Dal curare al prendersi cura: la gestione del conflitto. In: *L'educazione terapeutica della persona con diabete: come promuovere l'adesione nelle situazioni difficili*. 4° Congresso Roche Patient Care. Utet Divisione Periodici Scientifici, Milano, 2002, p. 51-60
5. d'Ivernois JF: Educazione terapeutica del paziente diabetico: alcuni principi direttivi. *GID 19* (suppl 4), S5-S8, 1999
6. Vessby B, Uusitupa M, Hermansen K, Riccardi G, Rivellese AA, Tapsell LC, Nalsen C, Berglund L, Louheranta A, Ramunsen BM, Calvert GD, Maffettone A, Pederson E, Gustaffson IB, Storlien LH: Substituting dietary saturated for monounsaturated fat impairs insulin sensitivity in healthy men and women. The KANWU study. *Diabetologia 44*, 312-319, 2001
7. Trichopoulou A, Costacou T, Bamia C, Trichopoulos D: Adherence to a mediterranean diet and survival in a Greek population. *N Engl J Med 348*, 2599-2608, 2003
8. Rissanen TH, Voutilainen S, Virtanen JK, Venho B, Vanharanta M, Mursu J, Salonen JT: Low intake of fruits, berries and vegetable is associated with excess mortality in men: the Kuopio Ischaemic Heart Disease Risk Factor (KIHD) Study. *J Nutr 133*, 199-204, 2003
9. Cinti S: Aspetti morfofunzionali dell'organo adiposo: dal modello animale verso una terapia razionale dell'obesità. *GIDM 2*, 77-84, 2003
10. American Dietetic Association: ADA's definition for nutrition screening and nutrition assessment. *J Am Diet Assoc 94*, 838-839, 1994
11. Bantle JP: Weight loss treatment for overweight individuals with type 2 diabetes. In: Franz MJ, Bantle JP (Ed): *American Diabetes Association Guide to Medical Nutrition Therapy for Diabetes*. ADA Alexandria Virginia, 1999, p. 57-64.
12. Pastors JG, Warsham H, Daly A, Franz M, Kulkarni K: The evidence for the effectiveness of medical nutrition therapy in diabetes management. *Diabetes Care 25*, 608-613, 2002
13. American Diabetes Association: Nutrition recommendations and principles for people with diabetes mellitus. *Diab Care 23* (suppl 1), S43-S46, 2000
14. Institute of Medicine: *The role of nutrition in maintaining health in the nation's elderly: evaluating coverage of nutrition services for medicare population*. National Academy Press, Washington DC, 2000, p. 118-131
15. American Diabetes Association: Evidence-based nutrition principles and recommendations for the treatment and prevention of diabetes and related complications (Position Statement). *Diabetes Care 25* (suppl 1), S50-S60, 2002
16. Diabetes Prevention Program Research Group: Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med 346* (6), 393-403, 2002
17. Sucher KP, Kittler PG: Effective culturally specific nutrition therapy. In: Powers MA (Ed): *Handbook of diabetes medical nutrition therapy*. An Aspen Publication, Guithersburg Maryland USA, 1996, p. 285-295
18. American Diabetes Association: Nutrition Recommendations and Principles for people with diabetes mellitus. *Diabetes Care 23* (suppl 1), S43-S46, 2000
19. Levenstein HA: I pericoli dell'abbondanza: cibo, salute e moralità nella storia Americana. In: Flandrin JL, Montanari M (Eds): *Storia dell'alimentazione*. Edizioni Laterza, Roma, 1999, p. 665-678
20. Powers MA: A review of recent events in the history of diabetes nutritional care. *Diabetes Educ 18*, 393-400, 1992
21. Fatati G, Leotta S, Parillo M, Pipicelli G, Tagliaferri M, Tomasi F: Raccomandazioni per la terapia medica nutrizionale del diabete mellito. *Medico & Metabolismo VII*, 163-167, 2003
22. Fatati G, Puxeddu A: Guida alle scelte alimentari nel III Millennio. In: Nicolai A (Ed): *Atti del Corso di Aggiornamento in Nutrizione Clinica*. Errebi Grafiche Ripesi, Falconara, 2002, p. 28-34
23. Lucchin L: La gestione del paziente con problematiche nutrizionali: aspetti critici. In: Montagnani M (Ed): *Atti VII Congresso Nazionale Interdisciplinare Magrezza, Obesità e Soprappeso*. Tipografia Senese, Siena, 2001, p. 112-120
24. Miselli V: Le competenze professionali nel processo educativo. *GID 19* (suppl 2), 83-87, 1999
25. WHO Working Group: *Therapeutic patient education, continuing education programmes for health care providers in the field of chronic diseases*. WHO-Europe, Copenhagen, 1998
26. Diabetes Prevention Program Research Group: Within-trial cost-effectiveness of lifestyle intervention or metformin for the primary prevention of type two diabetes. *Diabetes Care 26*, 2518-2523, 2003
27. Teutsch S: The cost-effectiveness of preventing diabetes. *Diabetes Care 26*, 2693-2694, 2003
28. Hiss RG: The concept of diabetes translation. *24*, 1293-1296, 2001
29. Alfano A: L'ABC della comunicazione. In: Alfano A (Ed): *La comunicazione della salute nei servizi sanitari e sociali*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2001, p. 3-11
30. American Diabetes Association: Food Labeling. *Diabetes Care 23* (S 1), S94-S95, 2000
31. Lowenberg ME: Socio-cultural basis of food habits. *Food Technol 24*, 27-32, 1970
32. Mainardi A: Il dramma del sans-papier. In: Piazza Armerina, Ed. *Kami-fabbrica d'idee srl*, Roma, 2004, II, p. 30-37
33. Ballarini G: Dalla mondializzazione degli alimenti a quella dei cibi e degli stili alimentari. In: Ballarini G (Ed).

- I quaderni dell'Accademia, Atti del XVII Convegno internazionale sulla civiltà della tavola. Gubbio 24 aprile 2001, p. 12-45
34. Bernardi U: Globalizzazione alimentare e gastronomia. In: Dell'Osso G (Ed): Atti del XVII Convegno internazionale sulla civiltà della tavola. Gubbio 24 Aprile 2001, Accademia Italiana della Cucina, Torino, 2001, p. 57-67
 35. Fatati G: Premessa. In: Fatati G (Ed): In cucina e non solo: tradizioni, sapori e salute. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, giugno 2001, p. 17-20
 36. Fatati G: Strategie di trattamento, concetti generali. In: Fatati G (Ed): Manuale clinico del paziente obeso e in soprappeso. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, settembre 2000, p. 179-183
 37. Gervaso R: Età contemporanea. In: Gervaso R (Ed): Il Tempo della Tavola. Ed Ulisse, Milano, 2002, p. 107-116
 38. Ballarini G: I falsi alimentari. In: Ballarini G (Ed): I quaderni dell'Accademia, Tradizione e tradimenti alimentari. Accademia Italiana della Cucina, Torino 2003, p. 55-67
 39. Jansen A, Tenney N: Seeing mum drinking a "light" product is social learning a stronger determinant of taste preference acquisition than caloric conditioning? *Europ J Clin Nutr* **55**, 418-22, 2001
 40. Branca F, Cairella G, Boccali C, Scalfi L: Prevenire l'obesità in Italia. SINU - Società Italiana di Nutrizione Umana. EDRA Medical Publishing & New Media, Milano, 2001
 41. Graziani V: Dal curare al prendersi cura: la gestione del conflitto. In: L'educazione terapeutica della persona con diabete: come promuovere l'adesione nelle situazioni difficili. 4° Congresso Roche Patient Care. Utet Divisione Periodici Scientifici, Milano, 2002, p. 51-60
 42. Webb G: Prefazione. In: Webb G (Ed): Penna che ronza: Ricordi di un indiano Pima. Rusconi Ed, Milano, 1996, p.12-14
 43. Bender C: La gente del fiume e la gente del deserto: i Pima e i Papago. In: Feest CF (Ed): La cultura degli indiani del Nord America. Konemann Verlagsgesellschaft mbH Ed, Köln, 2000, p. 399-401
 44. Marchi C: Che cosa mangiano i vip. In: Marchi C (Ed): Quando siamo a tavola. Rizzoli Milano, 1990, p. 175-176
 45. Hunter JM: Geophagy in Africa and United States. *Geographical Rev* **63**, 170-195, 1973
 46. Egede LE, Ye X, Zheng D, Silverstein MD: The prevalence and pattern of complementary and alternative medicine use in individuals with diabetes. *Diabetes Care* **25**, 324-329, 2002
 47. Brown SA, Garcia AA, Kouzekanani K, Hanis CLH: Culturally competent diabetes self-management education for Mexican Americans. *Diabetes Care* **25**, 259-268, 2002
 48. Narayan KM, Hoskin M, Kozak D, Kriska AM, Hanson RL, Pettit DJ, Nagi DK, Bennet PH, Knowler WC: Randomized clinical trial of lifestyle interventions in Pima Indians: a pilot study. *Diabet Med* **15**, 66-72, 1998
 49. Jimenez-Cruz A, Bacardi-Gascon M, TurnbullWH, Rosales-Gay P, Severino-Lugo I: A flexible, low-glycemic index Mexican-style diet in overweight and obese subjects with type 2 diabetes improves metabolic parameters during a 6-week treatment period. *Diabetes Care* **26**, 1967-1970, 2003
 50. Casagrande G: Introduzione. In: Casagrande G (Ed): Gola e preghiera nella clausura dell'ultimo '500. Edizioni dell'Arquata, Foligno, 1989, p. 9-11
 51. Marinetti FT, Fillia: Il Manifesto della Cucina Futurista. In: Marinetti FT, Fillia (Eds): La cucina futurista. Christian Marinotti Edizioni, Milano, 1998, p. 19-37
 52. Salaris C: Polemiche. In: Salaris C (Ed): Dalla cucina nell'arte all'arte in cucina, *Cibo Futurista*. Stampa Alternativa, Viterbo, 2000, p. 42-51
 53. Calabrese G, Calabrese C: La più amata dagli Italiani. *Ulisse (Ed Alitalia)* **240**, 180-183, 2004
 54. Tognetti Bordogna M: Il cibo e l'appartenenza religiosa culturale. In: Gentile MG (Ed): Aggiornamenti in Nutrizione Clinica. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2003, 11, p. 57-72.
 55. Fuentes MC: Dalì e la cucina catalana. In: Fuentes MC (Ed): Il surrealismo in cucina tra il pane e l'uovo. A tavola con Salvador Dalì. Il leone verde Edizioni, Torino, 2004, p. 7-11
 56. Black W: Slow Food. In: Black W (Ed): I bucatini di Garibaldi. Ed PIEMME, Casale Monferrato, 2003, p. 368-369
 57. Garbato C: Educazione al gusto. *Civiltà della Tavola. L'Accademia Italiana della Cucina*. **125**, 65-66, 2002
 58. Phillips N: Che altro serve durante il viaggio? In: Phillips N (Ed): Rompere gli schemi. Sperling & Kupfer Editore, Torino, 1998, p. 24-32
 59. Fatati G: Il nutrizionista e la malattia diabetica. *ADI Magazine* **6**, 290-294, 2002
 60. Fatati G: La dieta nell'obeso diabetico. *Scripta Medica* **8**, 351-359, 1999
 61. Fatati G, Del Tosto S, Venturi S, Puxeddu A: Obesità: dalla mistificazione al management. In: Gentile MG (Ed): Aggiornamenti in Nutrizione Clinica (10). Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2002, p. 43-52.
 62. Fatati G: Educazione alimentare e terapia dietetica culturalmente specifica. *Progress in Nutrition* **5**, 287-298, 2003
 63. Revel JF: Introduzione. In: Brillat-Savarin A (Ed): Fisiologia del gusto. La Biblioteca Ideale Tascabile, Milano, 1999, p. 5-12

Corrispondenza a: Dott. Giuseppe Fatati, Responsabile Unità di Diabetologia, Diabetologia e Nutrizione Clinica, Azienda Ospedale S. Maria, Via Tristano di Ioannuccio 2, 05100 Terni

Pervenuto in Redazione il 17/7/2005 - Accettato per la pubblicazione il 6/9/2005