

La buona cucina per il paziente diabetico



G. Marelli

Giuseppe.Marelli@aovimercate.org

U.O.S. Diabetologia e Malattie Metaboliche, Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate, Ospedale di Desio (MB)

Parole chiave: Buona cucina, Ingredienti sani e genuini, Piani nutrizionali individuali e personalizzati, Diabete mellito

Key words: Lovely nutrition, Health food, Individual and personalized nutritional plans, Diabetes mellitus

Il Giornale di AMD, 2013;16:188-191

Riassunto

Il campo dell'alimentazione per la persona con diabete ha rappresentato una realtà popolata di divieti. Per anni al diabetico si è detto "non mangiare questo... non mangiare quello...". Una situazione per molti versi di difficile approccio. Il diabete mellito è una malattia cronica che dura tutta la vita e la rende difficile e pesante, richiedendo attenzione costante e molti sacrifici e sulla quale i professionisti della salute devono ragionare con intelligenza, trovando soluzioni adeguate allo stile di vita migliore possibile.

Oggi non è più corretto né conveniente, in termini di accettabilità, impostare il trattamento nutrizionale del diabetico sulla base dei divieti o di regole troppo rigide. Un intervento basato su una "dieta generica per diabetici" deve essere sostituito con un approccio dietetico più moderno basato su "piani nutrizionali individuali e personalizzati".

Tale strategia è in grado di permettere una visione più globale della terapia nutrizionale, intesa non solo come "prescrizione di una dieta", ma soprattutto basata sulla formulazione di un piano nutrizionale che tenga conto delle scelte corrette senza dimenticare il gusto, la disponibilità e le abitudini di ogni persona con diabete mellito.

L'utilizzo di cibi sani e genuini, accanto alla ricerca del gusto e del piacere di alimentarsi sono sicuramente i mezzi più straordinari che il team diabetologico ha a disposizione per far sì che la persona con diabete segua un corretto e sano regime alimentare sostenibile nel tempo.

Summary

Nutrition therapy is fundamental for the effective management of diabetes and plays an important role in the care of people with diabetes. In the world of diabetic patient there were in the past a lot of nutrition prohibitions. This situation was very difficult to proceed for the majority of the people with diabetes. Diabetes mellitus is a chronic disease during along the entire life, and people suffering from must pay attention every day to foods. Nevertheless, the healthcare professionals had to reflect with intelligence, especially for life style. Today is not possible to realize an approach based only on privations and on sets of strict rules, but it's necessary design a strategy based on a nutritional tailored plan. It must be considered not only what is possible to eat, but also all the factors that influence an appropriate food choices, achieving an optimal glycaemic control and a good quality of life.

Furthermore, nutritional pleasure is the key to allows to the people with diabetes to maintain in the time a correct and healthy nutritional regimen.

Se pensiamo al significato di "buona cucina" possiamo aspettarci di trovare una serie di definizioni in genere orientate al senso di bontà dei cibi che vengono preparati, ad una serie di ricette gastronomiche, ma anche tradizione e qualità dei cibi. Ovviamente da un punto di vista prettamente scientifico queste definizioni sono alquanto riduttive.

Cercando di andare oltre, a questo punto potremmo cercare di coniugare il concetto di "buona cucina" con una serie di termini che vanno da : sana, nutriente, appetibile, gustosa, giusta nelle quantità, ben bilanciata.

Ecco che a questo punto abbiamo una definizione più completa, con una visione a 360° della vera essenza del concetto di corretta nutrizione, che può ben coniugarsi con la buona cucina.

Una corretta nutrizione è ostacolata dall'offerta alimentare del mondo di oggi che è assai varia e soprattutto abbondante. E questa nutrizione in eccesso è stata sicuramente favorita dal diffondersi dell'utilizzo delle "maxi porzioni" e dai messaggi pubblicitari spesso distorti che possono essere di stimolo ad un consumo non orientato alla buona salute. Prendiamo ad esempio la pubblicità della "Nutella". Dopo un filmato nel quale tutti sorridono e vivono felici compare il messaggio: "la Nutella fa più buona la vita".

Ma questo è, o può essere sempre vero? È un messaggio falso e ingannevole? Forse sì... forse no!

Di certo è che se noi poi parliamo di "buona cucina" ad un paziente diabetico dobbiamo considerare alcuni fattori fondamentali.

La persona con diabete per quanto riguarda l'alimentazione viene da un mondo di divieti. Per anni al diabetico si è detto "non mangiare questo... non mangiare quello... niente dolci, niente gelati".

C'è da chiedersi quanti delle persone con diabete hanno seguito correttamente queste indicazioni.

Il diabete mellito è una malattia cronica che dura tutta la vita, molto esigente, che richiede attenzione e

Basato su una relazione tenuta in occasione del VI Congresso Nazionale del Centro Studi e Ricerche di AMD, svoltosi a Napoli dal 18 al 20 ottobre 2012.

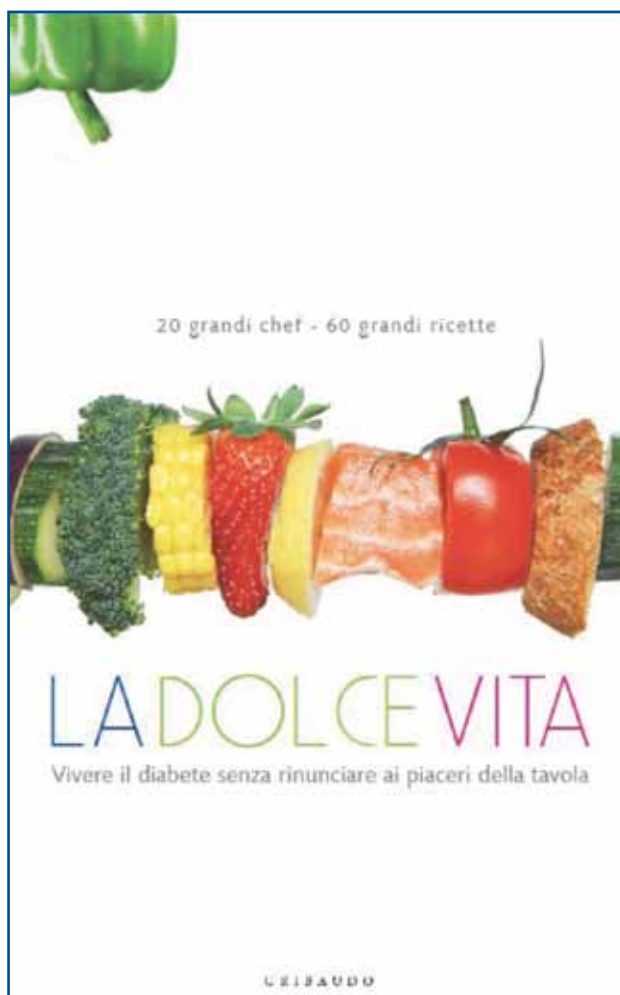


Figura 1. Copertina del volume *La Dolce Vita*, dedicato al mangiare sano e gustoso attraverso 60 ricette create da 20 grandi chef. © Edizioni Grubaud srl. Prima edizione 2008 [7(BX)] 978-88-7906-591-7, Terzo (AL) http://www.nekker.it/sondaggi/pdf/La_Dolcevita.pdf.

sacrifici, sulla quale i professionisti della salute devono ragionare con intelligenza.

Oggi non è possibile, né conveniente in termini di accettabilità della cosa, impostare il trattamento nutrizionale della malattia diabetica su una serie di divieti o di regole troppo rigide.

D'altra parte per una persona con diabete neanche si può parlare di "completa liberalizzazione alimentare".

Quindi occorre che la persona con diabete venga formata in "ambito nutrizionale".

Si tratta di una formazione finalizzata a insegnare e trasmettere le caratteristiche di una alimentazione corretta e sana, ma nello stesso tempo sostenibile nel tempo.

La formazione alla "buona cucina" non può non passare da una informazione scientifica di base.

La terapia nutrizionale tradizionale del diabete mellito⁽¹⁻³⁾ prevede una alimentazione che per composizione è simile a quella equilibrata consigliata per la po-



Figura 2. Il diabete mellito e lo stile di vita.

polazione generale per mantenere un buono stato di salute, ma devono essere rispettate alcune regole per adattarla alla terapia farmacologica. L'apporto calorico è quello necessario a mantenere e/o raggiungere il peso corporeo desiderabile. Nei pazienti diabetici insulino-dipendenti, in genere normopeso, non vi sono importanti limitazioni caloriche. Nei pazienti con diabete mellito tipo 2, molto spesso in sovrappeso o francamente obesi, occorre attuare una riduzione dell'apporto calorico e un aumento del dispendio energetico attraverso una costante attività fisica.

Per quanto riguarda la ripartizione dei macronutrienti le più recenti indicazioni sia nazionali che internazionali prevedono che il principale apporto nutrizionale deve essere garantito dai carboidrati che devono fornire dal 45 al 60 % dell'apporto calorico totale. La quota dei lipidi non deve superare il 35% dell'apporto calorico totale, con una particolare attenzione ai grassi saturi il cui apporto non deve superare il 7-8%, e le proteine devono essere pari al 10-20% delle calorie totali⁽⁴⁻⁶⁾ (Tabella 1).

Che una corretta alimentazione abbia enormi benefici sulla popolazione generale è stato dimostrato da un numero sempre maggiore di studi che negli ultimi anni hanno documentato l'efficacia della terapia nutrizionale nella cura e nella prevenzione delle malattie cronico-degenerative, in particolare della malattia diabetica.

Lo studio americano Diabetes Control and Complication Trial (DCTT) ha dimostrato che ai fini del raggiungimento di un compenso glicometabolico accettabile, accanto alla terapia farmacologica ed educativa una corretta alimentazione rappresenta uno strumento essenziale di cui non si può fare a meno^(7,8).

Inoltre tutte le più recenti raccomandazioni cliniche per i pazienti con diabete mellito, sia italiane che internazionali, pongono la corretta terapia nutrizionale al primo gradino nella cura del diabete mellito.

Dal punto di vista storico nel corso degli ultimi anni molte cose sono cambiate nella dieta del paziente diabetico. Il riconoscimento che una dieta ipoglicidica non porta a reali benefici per il compenso glicometabolico,

Tabella 1. Indicazioni generali per la composizione ottimale della dieta nel paziente diabetico. Da "Standard di cura AMD-SID" 2010, www.aemmedi.it.

Componenti della dieta	Quantità complessiva consigliata	Quantità consigliata dei singoli componenti	Consigli pratici
Carboidrati	45-60% kcal tot (III, B)	Saccarosio e altri zuccheri aggiunti < 10% (I, A)	Vegetali, legumi, frutta, cereali preferibilmente integrali, alimenti della dieta mediterranea (III, B)
Fibre	> 40 g/di (o 20 g/1000 kcal/die), soprattutto solubili (I, A)		5 porzioni a settimana di vegetali o frutta a 4 porzioni a settimana di legumi (I, A)
Proteine	10-20% kcal (VI, B)		
Grassi	35% kcal tot (III, B)	Saturi < 7-8% (I, A) MUFA 10-20% (III, B) PUFA < 10% (III, B) Evitare ac. grassi trans (VI, B) Colesterolo < 200 mg/die (III, B)	Tra i grassi da condimento preferire quelli vegetali (tranne olio di palma e di cocco)
Sale	< 6 g/die (I, A)		Limitare il consumo di sale e di alimenti conservati sotto sale (insaccati, formaggi, scatolame)

l'inutilità dell'assoluta restrizione degli zuccheri semplici, soprattutto per quanto riguarda i diabetici di tipo 1, l'integrazione all'interno del team diabetologico della figura del dietista, hanno fatto sì che ad un discorso di "dieta generica per diabetici" si sia sostituito un approccio dietetico più moderno basato su "piani nutrizionali individuali e personalizzati".

Tale strategia è in grado di permettere una visione più globale della terapia nutrizionale, che non è solo "prescrivere una dieta", ma è formulare un piano nutrizionale che tenga conto non solo di ciò che si può e non si deve mangiare, ma di tutte quelle situazioni e fattori che influenzano le scelte alimentari di un soggetto con il diabete mellito.

Per molti decenni la dieta del paziente diabetico è stata caratterizzata da una significativa riduzione dell'apporto di carboidrati rispetto alla dieta di un soggetto non diabetico. Negli anni 20 il consumo giornaliero di carboidrati consigliato era il 20% delle calorie totali; negli anni 50 è salito al 40%; fino ad arrivare ai nostri giorni dove il quantitativo raccomandato di carboidrati è compreso tra il 45 e il 60% delle calorie totali, in base alla valutazione nutrizionale ed agli obiettivi terapeutici e alla necessaria interazione con gli altri fabbisogni nutrizionali (Tabella 2).

Oggi nell'approccio tradizionale alla dieta del paziente diabetico una delle caratteristiche specifiche è

l'introduzione di una quota costante di carboidrati ai pasti. Ciò in relazione al fatto che il paziente diabetico presenta una compromissione della produzione endogena di insulina dal quale ne deriva l'incapacità e/o la difficoltà di adattare la terapia farmacologica all'introito di carboidrati. È vero che parte dei grassi e delle proteine vengono metabolizzate in glucosio ma se introdotti in quantità regolari e non eccessive non comportano un rialzo significativo della glicemia.

È evidente che il paziente diabetico può trarre una serie di vantaggi se è in grado di quantificare la quantità di carboidrati che ingerisce. Questo gli permette di tenere fissa la quota di carboidrati, scambiando i vari tipi di alimenti, oppure di variarla ad ogni pasto regolando di conseguenza anche la terapia farmacologica, opzione questa molto importante per i diabetici di tipo 1 e per quelli di tipo 2 che fanno uso di insulina^(9,10).

Informazioni sulle caratteristiche dei carboidrati e la loro quantificazione, delle proteine, dei grassi, delle fibre e di tutti gli altri elementi nutrizionali devono quindi far parte di un percorso di formazione ben preciso e strutturato, che contempli notizie di base e informazioni sulle opzioni alimentari che il paziente diabetico può avere.

Insomma, una "scuola di alimentazione", che lo aiuti a trasferire una serie di informazioni nutrizionali scientifiche nella realtà alimentare di tutti i giorni.

A questo punto manca un ingrediente essenziale. Per convincere la persona con diabete a seguire nel tempo una alimentazione corretta e sana dobbiamo garantirgli il piacere del nutrirsi con cibi sani e genuini.

Un corretto approccio di educazione nutrizionale non deve sottovalutare il legame fondamentale che c'è tra uomo e nutrimento. Il principio del piacere legato non soltanto al semplice consumo, ma al piacere del gusto che a tavola diventa convivialità e partecipazione⁽¹¹⁾.

Nella tradizione italiana la cucina è molto importante, non è semplicemente il "nutrirsi", ma il cibo diventa

Tabella 2. Distribuzione percentuale delle calorie giornaliere totali dagli anni venti ad oggi.

Anno	Carboidrati %	Proteine %	Grassi %
1921	20	10	70
1950	40	20	40
1971	45	20	35
1979	50-60	12-20	<35
1986	55-60	0.8/Kg/die	<30
2008	45-60	0.8/Kg/die	<30
2012	45-60	10-20%	< 35

importante come fatto culturale. Il cibo parla di chi siamo, delle nostre tradizioni, della nostra cultura, di ciò che ci appartiene.

Obiettivo della formazione alimentare della persona con diabete sarà quello quindi di favorire una migrazione culturale, per passare da regole restrittive a comportamenti salutarî sostenibili, per arrivare alla “buona cucina”, dove ingredienti sani e nutrienti e un po’ di fantasia possono fare la differenza⁽¹²⁾.

BIBLIOGRAFIA

1. ADA - Evidence-Based Nutrition Principles and Recommendations for the Treatment and Prevention of Diabetes and Related Complications” Diabetes Care vol.25 S1- January 2002.
2. ADA - Evidence-Based Nutrition Principles and Recommendations for the Treatment and Prevention of Diabetes and Related Complications”. Diabetes Care S1- January 2003.
3. Bantle JP, Wylie-Rosett J, Albright AL, et al. Nutrition recommendations and interventions for diabetes: a position statement of the American Diabetes Association. Diabetes Care;31:S61-S78, 2008.
4. Dyson PA, Kelly T, Deakin T, et al. Diabetes UK evidence-based nutrition guidelines for the prevention and management of diabetes. Diabetic Medicine;1282-1288, 2011.
5. Canadian Diabetic Association. 2008 Clinical practice guidelines for the prevention and management of diabetes in Canada, Can J Diabetes; 32:S1-201, 2008.
6. AMD, Diabete Italia, SID. Standard italiani per la cura del diabete mellito. Ed. Infomedica, Torino 2010. Accessibile al: <http://www.infodiabetes.it>.
7. The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. N Eng J Med; 329: 977-986, 1993.
8. DCCT Research Group: Nutrition interventions for intensive therapy in the Diabetes Control and Complications Trial. J Am Diet Assoc; 93: 768-772, 1993.
9. Wolever T, Hamad S, Chiasson J-L, et al. Day-to-day consistency in amount and source of carbohydrate intake associated with improved blood glucose control in type 1 diabetes. J Amer Coll Nutr; 18:242-247, 1999.
10. Bergenstal R, Johnson M, Powers M, et al. Ad just to target in type 2 diabetes. Comparison of a simple algorithm with carbohydrate counting for adjustment of mealtime insulin glulisine. Diabetes Care;31: 1305-1310, 2008.
11. Brillat-Savarin. Fisiologia del gusto. Edizioni Sellerio, Palermo 1998.
12. La Dolce Vita. © Edizioni Gribaudo srl . Prima edizione 2008 [7(BX)] 978-88-7906-591-7, Terzo (AL) http://www.nekker.it/sondaggi/pdf/La_Dolcevita.pdf.

