

IL RUOLO DEL DIETISTA DEDICATO

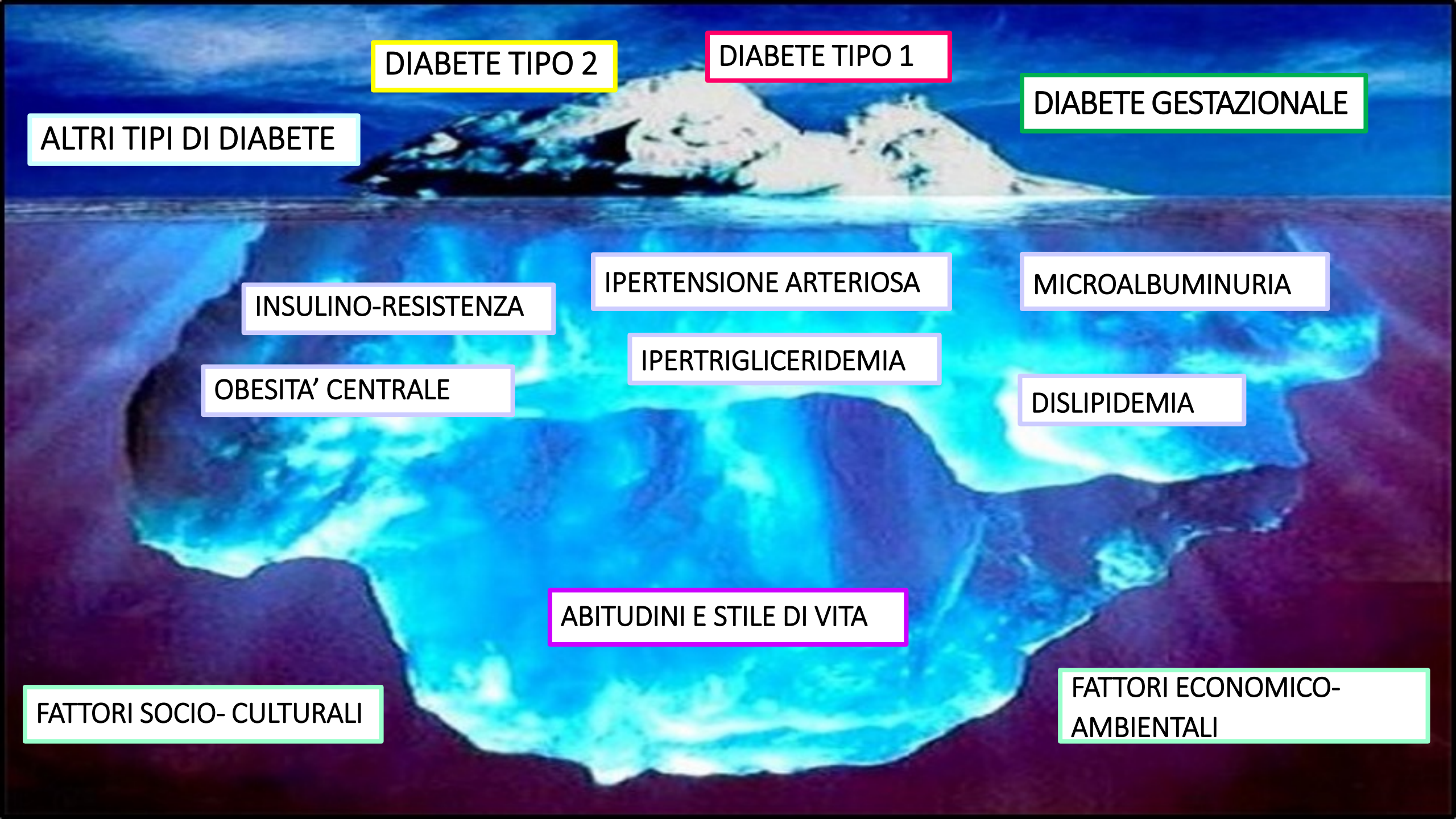
Dott.ssa Federica Ranucci - dietista
Azienda Ospedaliera S. Maria Terni



Incontri
**DIABETOLOGICI
TERNANI**

IL DIABETE MELLITO:
LE TANTE "ZONE D'OMBRA" DI UNA
SINDROME COMPLESSA ED ETEROGENEA

TERNI 16-17 SETTEMBRE 2022
Hotel Michelangelo Palace

An iceberg floating in a dark blue sea. The tip of the iceberg is above the water line and contains three labels: 'DIABETE TIPO 2' in a yellow box, 'DIABETE TIPO 1' in a pink box, and 'DIABETE GESTAZIONALE' in a green box. The much larger part of the iceberg is submerged below the water line and contains several labels in white boxes with colored borders: 'ALTRI TIPI DI DIABETE' (top left, white box), 'INSULINO-RESISTENZA' (middle left, light blue border), 'OBESITA' CENTRALE' (middle left, light blue border), 'IPERTENSIONE ARTERIOSA' (middle, light blue border), 'IPERTRIGLICERIDEMIA' (middle, light blue border), 'MICROALBUMINURIA' (middle right, light blue border), 'DISLIPIDEMIA' (middle right, light blue border), 'ABITUDINI E STILE DI VITA' (bottom center, pink border), 'FATTORI SOCIO- CULTURALI' (bottom left, green border), and 'FATTORI ECONOMICO- AMBIENTALI' (bottom right, green border).

DIABETE TIPO 2

DIABETE TIPO 1

DIABETE GESTAZIONALE

ALTRI TIPI DI DIABETE

INSULINO-RESISTENZA

IPERTENSIONE ARTERIOSA

MICROALBUMINURIA

OBESITA' CENTRALE

IPERTRIGLICERIDEMIA

DISLIPIDEMIA

ABITUDINI E STILE DI VITA

FATTORI SOCIO- CULTURALI

FATTORI ECONOMICO-
AMBIENTALI



UNA DOMENICA POMERIGGIO SULL'ISOLA DELLA GRANDE-JATTE, GEORGES SEURAT (1884-86), ART INSTITUTE OF CHICAGO

Type 1 diabetes in adults: diagnosis and management

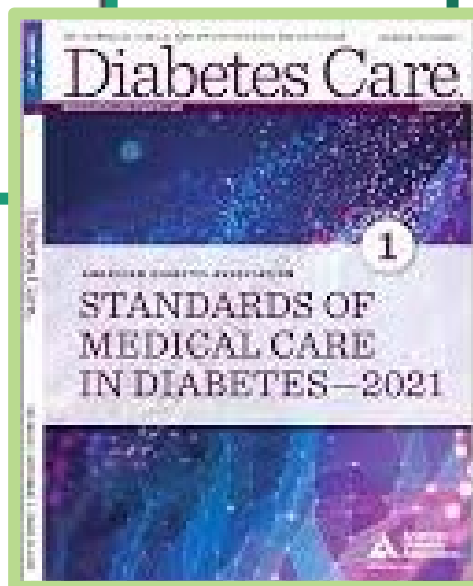
NICE guideline
Published: 26 August 2015
www.nice.org.uk/guidance/ng17

Diabetes (type 1 and type 2) in children and young people: diagnosis and management

NICE guideline
Published: 1 August 2015
www.nice.org.uk/guidance/ng18

Linea guida pubblicata nel Sistema Nazionale Linee Guida
Roma, 16 marzo 2022

STANDARD ITALIANI PER LA CURA DEL DIABETE MELLITO 2018



AMERICAN ASSOCIATION OF CLINICAL ENDOCRINOLOGISTS & AMERICAN COLLEGE OF ENDOCRINOLOGY – DOCUMENTO DI CONSENSO SU UN ALGORITMO DI TRATTAMENTO INTEGRATO PER IL DIABETE MELLITO TIPO 2 RACCOMANDAZIONI OPERATIVE 2019 ENDOCRINE PRACTICE Vol 26 No. 1 January 2020 107

Alan J. Garber, MD, PhD, MACE¹; Yehuda Handelsman, MD, FACP, FNLA, MACE²;
George Grunberger, MD, FACP, FACE³; Daniel Einhorn, MD, FACP, FACE⁴;
Martin J. Abrahamson, MD⁵; Joshua I. Barzilay, MD, FACE⁶; Lawrence Blonde, MD, FACP,
MACE⁷; Michael A. Bush, MD, FACE⁸; Ralph A. DeFronzo, MD⁹; Jeffrey R. Garber, MD, FACP,
FACE¹⁰;
W. Timothy Garvey, MD, FACE¹¹; Irl B. Hirsch, MD¹²; Paul S. Jellinger, MD,
MACE¹³; Janet B. McGill, MD, FACE¹⁴; Jeffrey I. Mechanick, MD, FACP, FACP,
MACE, ECNU¹⁵;
Leigh Perreault, MD¹⁶; Paul D. Rosenblit, MD, PhD, FNLA, FACE¹⁷;
Susan Samson, MD, PhD, FRCPC, FACE¹⁸; Guillermo E. Umperierrez, MD, FACP,
FACE¹⁹

TRADUZIONE E ADATTAMENTO ITALIANO 2020 A CURA DI ITALIAN AACE CHAPTER CON IL SUPPORTO DI ASSOCIAZIONE MEDICI ENDOCRINOLOGI



Da ¹Chair, Professor, Departments of Medicine, Biochemistry and Molecular Biology, and Molecular Cellular Biology, Baylor College of Medicine, Houston, Texas; ²Medical Director & Principal Investigator, Metabolic Institute of America, AACE Lipid and Cardiovascular Health Disease State Network, Tarama, California; ³Chairman, Grunberger Diabetes Institute, Clinical Professor, Internal Medicine and Molecular Medicine & Genetics, Wayne State University School of Medicine, Professor, Internal Medicine, Oakland University William Beaumont School of Medicine, Visiting Professor, Internal Medicine, First Faculty of Medicine, Charles University, Prague, Czech Republic; ⁴Past President, American Association of Clinical Endocrinologists; ⁵Medical Director, Scripps Whittier Diabetes Institute, Clinical Professor of Medicine, UCSF; ⁶President, Diabetes and Endocrine Associates, La Jolla, California; ⁷Beth Israel Deaconess Medical Center, Department of Medicine and Harvard Medical School, Boston, Massachusetts; ⁸Division of Endocrinology Kaiser Permanente of Georgia and the Division of Endocrinology, Emory University School of Medicine, Atlanta, Georgia; ⁹Director, Ochsner Diabetes Clinical Research Unit, Frank Riddick Diabetes Institute, Department of Endocrinology, Ochsner Medical Center, New Orleans, Louisiana; ¹⁰Past Clinical Chief, Division of Endocrinology, Cedars-Sinai Medical Center, Associate Clinical Professor of Medicine, Giffon School of Medicine, UCLA, Los Angeles, California;

of Medicine, University of Washington School of Medicine, Seattle, Washington; ¹¹Professor of Clinical Medicine, University of Miami, Miller School of Medicine, Miami, Florida; ¹²The Center for Diabetes & Endocrine Care, Hollywood, Florida; ¹³Past President, American Association of Clinical Endocrinologists; ¹⁴Professor of Medicine, Division of Endocrinology, Metabolism & Lipid Research, Washington University School of Medicine, St. Louis, Missouri; ¹⁵Professor of Medicine, Medical Director, The Marlene and Henry R. Kravis Center for Clinical Cardiovascular Health at Mount Sinai Heart, Director, Metabolic Support, Division of Cardiology and Endocrinology, Diabetes, and Bone Disease, Edlin School of Medicine at Mount Sinai, New York, New York; ¹⁶Past President, American Association of Clinical Endocrinologists; ¹⁷Past President, American College of Endocrinology; ¹⁸Associate Professor of Medicine, University of Colorado School of Medicine, Denver, Colorado; ¹⁹Clinical Professor, Medicine, Division of Endocrinology, Diabetes, Metabolism, University of California Irvine School of Medicine, Irvine, California; Co-Director, Diabetes Out-Patient Clinic, UCI Medical Center, Orange, California; Director & Principal Investigator, Diabetes/Lipid Management & Research Center, Huntington Beach, California; ²⁰Associate Professor, Department of Medicine, Medical Director, Pituitary Center, Program Director, Endocrinology Fellowship Program, Baylor College of Medicine, Houston, Texas, and ²¹Professor of

terapia del diabete mellito di tipo 1



**TEAM
DIABETOLOGICO**
APPROCCIO INTEGRATO



**PROGRAMMA DI
CURA**
EDUCAZIONE
ALL'AUTOGESTIONE



**ALLEANZA
TERAPEUTICA**
OBIETTIVI CHIARI E
RAGGIUNGIBILI



IV. Cura del diabete

Le persone affette da diabete devono ricevere le cure da parte del medico di medicina generale e del team diabetologico, coordinato da un medico diabetologo, comprendente medici, infermieri, dietisti, podologi, professionisti della salute mentale, in grado di mettere in atto un approccio integrato di gestione della malattia, idoneo al trattamento di una patologia cronica.

VI B

Le persone affette da diabete devono essere periodicamente sottoposte a visita presso i centri diabetologici allo scopo di ridurre il rischio di mortalità per tutte le cause.

III A

I soggetti con diabete devono assumere un ruolo attivo nel piano di cura, formulato come un'alleanza terapeutica personalizzata tra il paziente, la sua famiglia e i membri del team diabetologico. Attenzione particolare deve essere posta all'età del paziente, all'attività scolastica e lavorativa, all'attività fisica praticata, alle abitudini alimentari, alle condizioni socioeconomiche, alla personalità, ai fattori culturali e alla presenza di altre patologie o di complicanze del diabete.

VI B

Il piano di cura deve comprendere un programma di educazione all'autogestione del diabete, che garantisca, tramite l'utilizzo di strategie e tecniche diversificate a seconda fenotipo clinico, modalità terapeutica, età, livello socioculturale e abilità individuali del paziente, un adeguato apprendimento delle modalità di gestione delle varie problematiche proprie della malattia. L'attuazione del piano di cura richiede che ogni aspetto sia stato chiarito e concordato tra il paziente e il team diabetologico e che gli obiettivi identificati siano raggiungibili.

VI B

INTERVENTI
INDIVIDUALI
VS DI GRUPPO

CONFRONTO TRA
GLI OPERATORI

PERCORSI
STRUTTURATI E
STANDARDIZZATI



D. EDUCAZIONE TERAPEUTICA

Le persone affette da diabete devono ricevere un'educazione all'autogestione del diabete al momento della diagnosi, prevedendo rinforzi successivi ai fini del mantenimento delle competenze acquisite e prevenzione delle complicanze, al momento della comparsa di ogni nuovo fattore capace di influenzare l'autogestione ed in tutte le fasi di transizione della malattia. **I A**

L'intervento educativo deve essere pianificato e strutturato. **I A**

L'educazione all'autogestione del diabete va garantita, all'interno del team, da parte delle diverse figure professionali (medico, infermiere, dietista, educatore sociosanitario ed altre figure previste in relazione al setting assistenziale) specificamente qualificate sulla base di una formazione professionale continua all'attività educativa. **I A**

Nel lavoro di team è importante che la pianificazione e la conduzione dell'attività educativa siano svolte mediante metodologie validate, che tengano conto dell'esperienza di vita della persona e della sua personale motivazione al cambiamento. **VI B**

L'educazione all'autogestione del diabete va rivolta anche ai problemi psico-sociali, poiché il benessere emotivo è associato con gli esiti positivi per il diabete. **III B**

L'educazione all'autogestione del diabete deve essere adeguatamente riconosciuta e remunerata nell'ambito delle prestazioni fornite dal servizio sanitario nazionale (SSN), nell'ambito di un sistema integrato di interventi. **VI B**



DIABETE GESTAZIONALE

DIABETE GESTAZIONALE

QUALI TERAPIE?



DIETA



ATTIVITA'
FISICA



TERAPIA
INSULINICA

se necessaria

Situazioni particolari

È raccomandata un'adeguata introduzione energetica tale da garantire un appropriato aumento ponderale in gravidanza. Il calo ponderale non è raccomandato in questo periodo. Comunque, per donne sovrappeso od obese con diabete gestazionale (GDM) può essere raccomandata una modesta restrizione calorica e glucidica. **VI B**

Considerato che il diabete gestazionale è un fattore di rischio per lo sviluppo successivo di diabete tipo 2, dopo il parto, sono raccomandate modificazioni dello stile di vita finalizzate al calo ponderale e all'aumento dell'attività fisica. **VI B**

L'introduzione di adeguati quantitativi di liquidi e carboidrati e il controllo della glicemia devono essere raccomandati nel corso di malattie acute intercorrenti. **III B**

La MNT deve essere considerata una componente del programma di gestione della glicemia per tutti i pazienti ricoverati con diabete e/o iperglicemia. **I I**

A

STANDARD ITALIANI PER LA CURA DEL DM 2018

ELABORAZIONE DEL PIANO NUTRIZIONALE

Determinare il fabbisogno calorico per ottenere l'incremento di peso ottimale.

Definire gli orari dei pasti e degli spuntini.

Definire la quantità di CHO (grammi o porzioni) nei singoli pasti o spuntini

Assicurare un adeguato apporto di proteine, amminoacidi, acidi grassi, minerali e vitamine

Individuare lo schema di terapia insulinica migliore per raggiungere un ottimale controllo metabolico.

Prevenire le ipoglicemie, frequenti all'inizio della gravidanza, sia perché pericolose per la gravida sia perché causa di iperglicemie reattive





DIABETE TIPO 1



F. TERAPIA MEDICA NUTRIZIONALE

1. Diabete di tipo 1

Le persone affette da diabete di tipo 1 devono ricevere, preferibilmente da un medico o da un dietista, esperti in terapia medica nutrizionale (MNT, *medical nutrition therapy*) del diabete e quindi inseriti nel team diabetologico, una MNT individualizzata al fine di raggiungere gli obiettivi terapeutici. **III A**

Un approccio multispecialistico è necessario per integrare la MNT in un programma terapeutico che deve tenere in considerazione le esigenze personali, la disponibilità ai cambiamenti, i target metabolici, il trattamento ipoglicemizzante, il livello di attività fisica e lo stile di vita. **VI B**

Le raccomandazioni generali sulla composizione della dieta nelle persone con diabete di tipo 1 non differiscono da quelle della popolazione generale. **VI B**

Nelle persone con diabete tipo 1 la terapia insulinica deve essere integrata in un programma nutrizionale e di attività fisica individuale. **VI B**

I pazienti in terapia insulinica basal-bolus devono modificare i boli di insulina preprandiali sulla base dei carboidrati contenuti nei pasti. **I A**

Il counting dei carboidrati si conferma nel contesto della MNT, componente essenziale, e identifica la strategia più efficace per il controllo glicemico nel paziente con diabete in trattamento insulinico intensivo. **I B**

Nei pazienti trattati con dosi costanti di insulina l'introduzione dei carboidrati con i pasti deve essere mantenuta costante nelle quantità e nei tempi. **III B**

In corso di esercizio fisico programmato, si raccomanda l'aggiustamento della terapia insulinica. Qualora invece l'esercizio fisico non sia programmato, è opportuno prevedere l'introduzione di supplementi glicidici. **II B**

In corso di malattie acute intercorrenti si raccomandano l'introduzione di adeguati quantitativi di liquidi e carboidrati, il controllo di glicemia e chetonuria. **III B**

La MNT deve essere considerata una componente del programma di gestione della glicemia per tutti i pazienti ricoverati con diabete e/o iperglicemia. **II A**

Le strutture di ricovero dovrebbero valutare l'implementazione di un sistema di programmazione dei pasti per i soggetti con diabete tale da garantire un contenuto glucidico adeguato e l'appropriato intervallo di tempo rispetto alla terapia insulinica. **VI B**

Non è raccomandata l'imposizione di una dieta restrittiva nei soggetti con diabete ricoverati in strutture di lungodegenza. Deve essere invece garantito un programma alimentare basato su un menù regolare in termini di intervallo temporale e contenuto glucidico. **III B**

STANDARD ITALIANI PER LA CURA DEL DM 2018



↑ **CONTROLLO GLICEMIA**

↓ **RISCHIO**

OSPEDALIZZAZIONE

SCHEMA ALIMENTARE A CONTENUTO NOTO DI CARBOIDRATI

Alimenti	Quan.Tà	Proteine	Lipidi	Carboi
Fette Biscottate Normali	32	3,616	1,92	26,3
Latte Vacca UHT P.S.	200			
Mele Golden	100			
Totale	g			
Percentuali	%			

SCHEMA DIETETICO 1600 KCAL 3 PASTI

Alimenti	Quan
Pane 0	50
Pasta Di Semola	60
Bieta	300
Mele Golden	100
Bovino Fesa	80
Parmigiano	5
Olio Extravergine Di Oliva	15
Totale	g
Percentuali	%



AZIENDA
OSPEDALIERA
SANTA MARIA
TERNI

S.C. Diabetologia, Dietologia e Nutrizione Clinica

SCHEMA DIETETICO DI KCAL 1600 IN 3 PASTI

Prot. Tot gr 76 = ~19% Lip. Tot gr 44 = ~25% CHO Tot gr 241 = ~56%

COLAZIONE

Latte parz. scremato gr 200 (CHO: 10,2)
Fette biscottate n° 4 (CHO: 21)
Frutta fresca gr 100 (CHO: 14)

PRANZO

Pasta di semola gr 60 (CHO: 44)
Parmigiano gr 5
Carne magra gr 80
Verdura di stagione a volontà
Olio extra v. d' oliva gr 15
Frutta fresca gr 100 (CHO: 14)
Pane gr 50 (CHO: 30)

CENA

Pasta di semola gr 50 (CHO: 36)
Parmigiano gr 5
Carne magra gr 80
Verdura di stagione a volontà
Olio extra v. d' oliva gr 15
Frutta fresca gr 150 (CHO: 21)
Pane gr 50 (CHO: 30)

N.B: I PESI SI RIFERISCONO ALL' ALIMENTO A CRUDO E PRIVATO DEGLI SCARTI

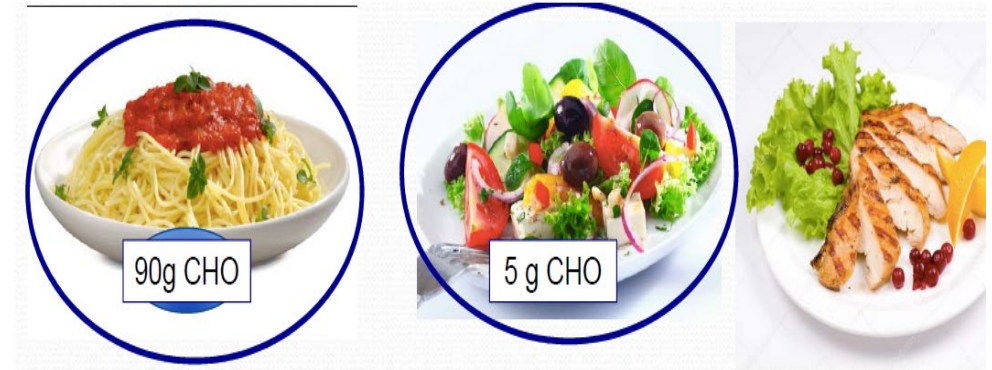
	Kcal
	137,5
2	211,8
	51
	43

Carboidrati	Amido	Zucch.Sol.	Fibra Tot	Kcal
31,75	27,95	1	1,9	137,5
39,55	34,05	2,1	1,35	176,5
8,4	0	8,4	3,6	51
16,05	0	16,05	2,55	64,5
0	0	0	0	82,4
0	0	0	0	19,35
0	0	0	0	134,85
95,75	62	27,55	9,4	666,1
33,905	34,90467	15,51006		41,33262

COUNTING DEI CARBOIDRATI

Imparare a riconoscere:

- ✓ gli alimenti che contengono CHO
- ✓ la propria porzione in grammi
- ✓ quanti CHO assumono con la loro porzione
- ✓ di quanta insulina hanno bisogno per quel pasto
- ✓ Come correggere eventuali valori glicemici preprandiali non a target





DIABETE TIPO 2

2. Diabete di tipo 2

Raccomandazioni generali

Le persone affette da alterazioni glicemiche o diabete devono ricevere, preferibilmente da un medico o da un dietista esperti in terapia medica nutrizionale (MNT, medical nutrition therapy) del diabete e quindi inseriti nel team diabetologico, una MNT individualizzata al fine di raggiungere gli obiettivi terapeutici.

III A

Un approccio multispecialistico è necessario per integrare la MNT in un programma terapeutico che deve tenere in considerazione le esigenze personali, la disponibilità ai cambiamenti, i target metabolici, il trattamento ipoglicemizzante, il livello di attività fisica e lo stile di vita.

VI B

STANDARD ITALIANI PER LA CURA DEL DM 2018



Raccomandazioni per la prevenzione primaria del diabete di tipo 2

Le persone ad alto rischio di diabete devono essere incoraggiate all'introduzione di un'alimentazione ricca di fibre provenienti da ortaggi, frutta e cereali non raffinati e povera di grassi di origine animale (dieta mediterranea).

I A

STANDARD ITALIANI PER LA CURA DEL DM 2018

PRINCIPI DELL'ALGORITMO AACE/ACE PER IL TRATTAMENTO INTEGRATO DEL DM2	
1	Le modifiche dello stile di vita (p.e. peso, esercizio, sonno, ecc.) sono la base di tutte le terapie
2	Evitare l'ipoglicemia
3	Evitare l'incremento ponderale
4	Individualizzare tutti gli obiettivi glicemici (HbA1c, glicemia a digiuno e post-prandiale)
5	L'HbA1c ottimale è ≤ 6.5%, o comunque il livello più vicino alla norma ottenibile con sicurezza
6	Le scelte terapeutiche sono individualizzate, devono essere condivise e dipendono dai valori iniziali di HbA1c
7	La scelta terapeutica dipende dallo stato renale, dall'aterosclerosi cardio-vascolare e dallo scompenso cardiaco
8	Le comorbidità devono essere affrontate in modo integrato
9	Raggiungere l'obiettivo al più presto, con correzioni progressive a intervalli ≤ 3 mesi
10	La scelta della terapia deve comprendere facilità d'uso, convenienza e accessibilità
11	Se disponibile, il CGM è fortemente raccomandato per aiutare il paziente a centrare gli obiettivi in sicurezza

AMERICAN ASSOCIATION OF CLINICAL ENDOCRINOLOGISTS &
AMERICAN COLLEGE OF ENDOCRINOLOGY –
DOCUMENTO DI CONSENSO SU UN ALGORITMO DI TRATTAMENTO
INTEGRATO PER IL DIABETE MELLITO TIPO 2
RACCOMANDAZIONI OPERATIVE 2019
ENDOCRINE PRACTICE Vol 26 No. 1 January 2020 107

III. Prevenzione primaria del diabete tipo 2

Raggiungere e mantenere una perdita di peso del 7% e svolgere un'attività fisica regolare (20-30 minuti al giorno o 150 minuti alla settimana) rappresentano i mezzi più appropriati per ridurre il rischio di insorgenza di diabete mellito tipo 2 nei soggetti con ridotta tolleranza glucidica (IGT). Sebbene non formalmente dimostrato è probabile che questa raccomandazione sia valida anche per altre forme di disglycemia (IFG, HbA_{1c} 42-48 mmol/mol [6,00-6,49%]). **I A**

I soggetti con ridotta tolleranza glucidica devono ricevere un *counseling* sul calo ponderale, così come indicazioni per aumentare l'attività fisica, anche attraverso l'uso di mezzi tecnologici di supporto (social networks, internet, DVD, Apps) **I A**

I soggetti con ridotta tolleranza glucidica devono essere incoraggiati a modificare le abitudini alimentari secondo queste indicazioni:

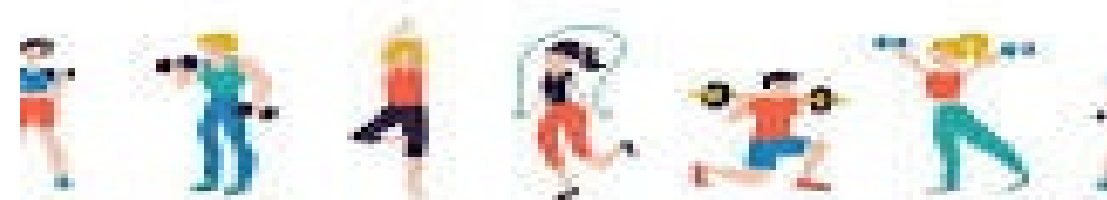
- ridurre l'apporto totale di grassi (<30% dell'apporto energetico giornaliero) e particolarmente degli acidi grassi saturi (meno del 10% dell'apporto calorico giornaliero);
- aumentare l'apporto di fibre vegetali (almeno 15 g/1000 kcal). **I A**

Nei soggetti con disglycemia a rischio molto elevato di sviluppare diabete mellito tipo 2 (cioè con una storia di diabete gestazionale, obesità severa e rapida progressione dell'iperglicemia) può essere preso in considerazione un trattamento farmacologico con metformina in aggiunta all'intervento sullo stile di vita. Tale trattamento, che non è compreso tra le indicazioni del farmaco (off-label), può esporre al rischio di deficit di vitamina B12, di cui si raccomanda il periodico dosaggio. **I B**

Nei bambini e adolescenti a elevato rischio di diabete mellito tipo 2 è indicato un intervento sullo stile di vita, facendo attenzione a che il calo ponderale non sia eccessivo e venga mantenuto un BMI appropriato per l'età e il sesso. **VI B**

Il monitoraggio della tolleranza glicidica nei soggetti con IFG e/o IGT dovrebbe essere effettuato annualmente. **VI C**

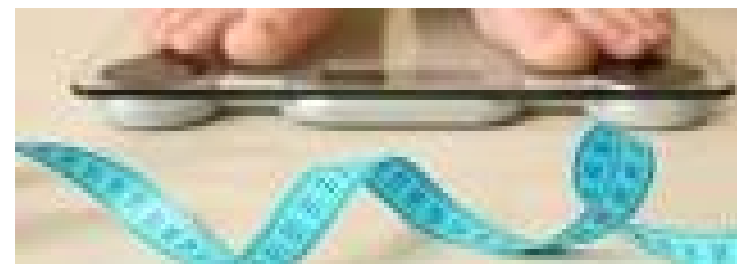
Nei soggetti con disglycemia dovrebbero essere identificati e trattati gli eventuali fattori di rischio cardiovascolare. **VI B**



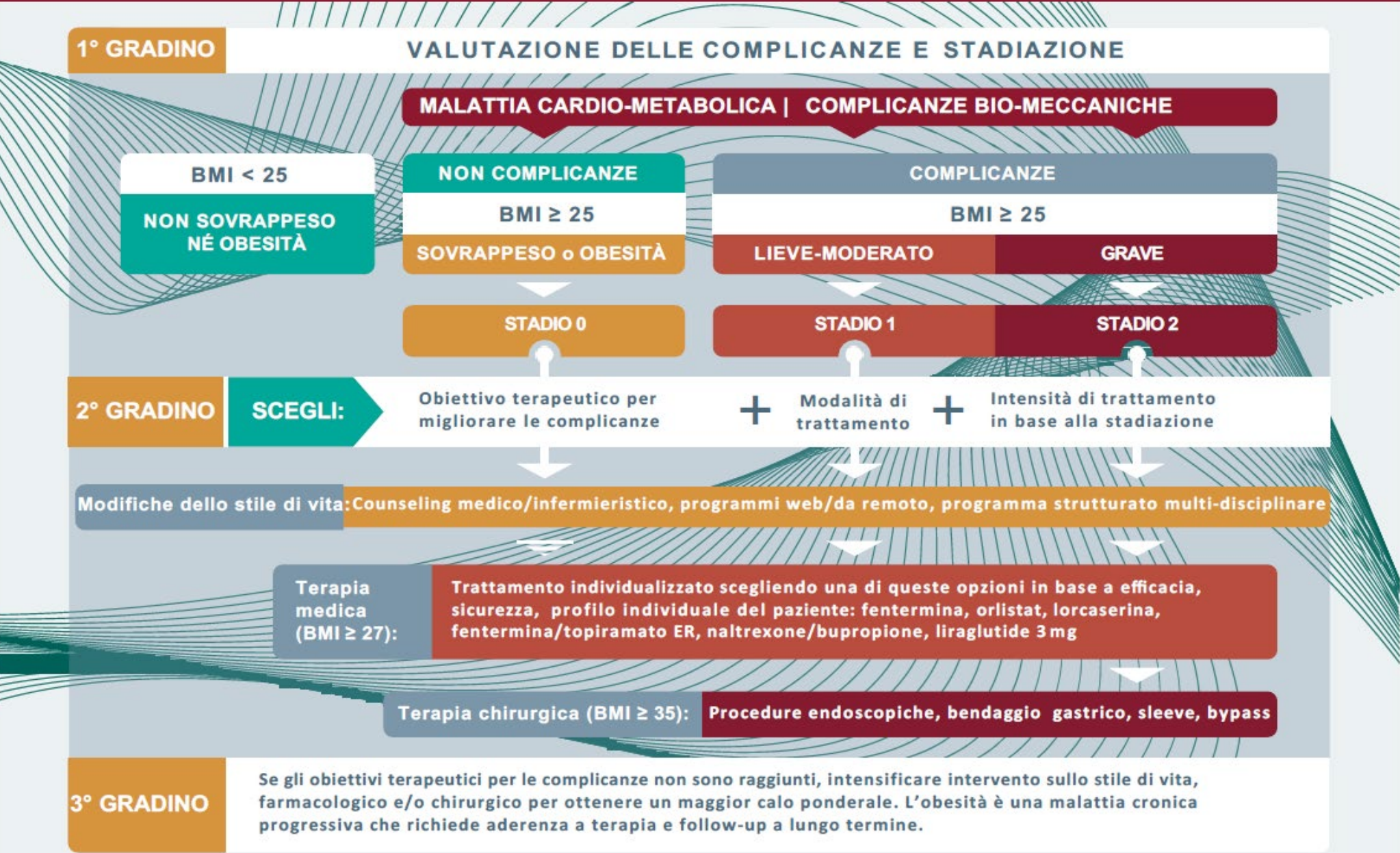
RAGGIUNGERE E MANTENERE UNA PERDITA DI PESO DEL 7%

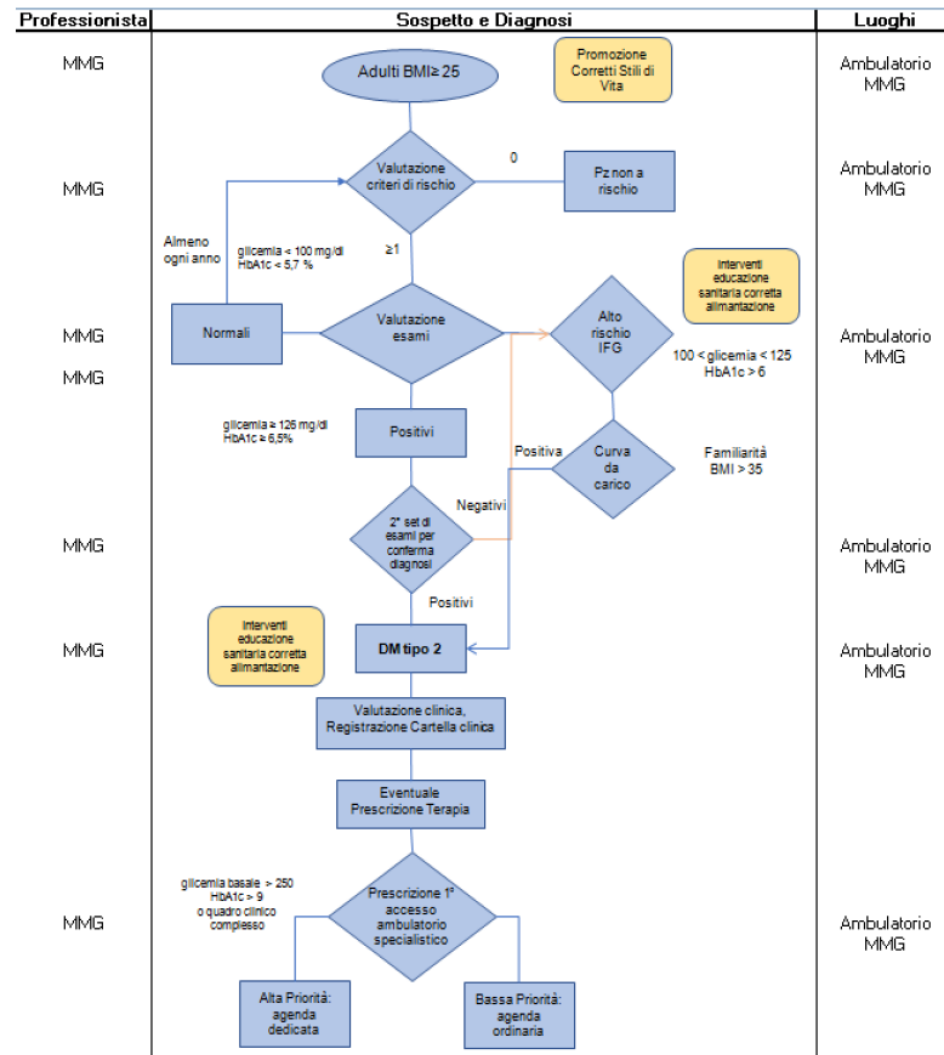
SVOLGERE ATTIVITA' FISICA REGOLARE

MODIFICA ABITUDINI ALIMENTARI



MODELLO CENTRATO SULLE COMPLICANZE PER LA CURA DEI PAZIENTI CON SOVRAPPESO/OBESITÀ (MALATTIA CRONICA DA ECCESSO DI ADIPOSITÀ)





**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO
ASSISTENZIALE PER LA PRESA IN CARICO DEI
PAZIENTI A RISCHIO E AFFETTI DA DIABETE
MELLITO Tipo II**

Direzione sanitaria



Bilancio energetico e peso corporeo

Un calo ponderale è raccomandato per tutti i soggetti adulti in sovrappeso (BMI 25.0-29.9 kg/m²) od obesi (BMI ≥30 kg/m²). **I A**

L'approccio principale per ottenere e mantenere il calo ponderale è la modificazione dello stile di vita, che include una riduzione dell'apporto calorico e un aumento dell'attività fisica. Una moderata riduzione dell'apporto calorico (300-500 kcal/die) e un modesto incremento del dispendio energetico (200-300 kcal/die) permettono un lento ma progressivo calo ponderale. **I A**

Per determinare un calo ponderale sia una dieta a basso contenuto di grassi e calorie, sia una dieta a basso contenuto di carboidrati, sia una dieta mediterranea, naturalmente ricca in fibre vegetali, possono essere efficaci a breve termine (fino a 2 anni). **I A**

Il trattamento farmacologico dell'obesità dovrebbe essere preso in considerazione solo dopo che è stata valutata l'efficacia della dieta, dell'esercizio fisico e, dove indicato, della terapia cognitivo-comportamentale e tali approcci terapeutici si siano dimostrati inefficaci o nell'indurre calo ponderale o nel mantenimento del peso perso. **III B**

STANDARD ITALIANI PER LA CURA DEL DM 2018



Proteine

Nei pazienti senza evidenza di nefropatia le proteine dovrebbero fornire il 10-20% dell'energia totale giornaliera. VI B

Nei soggetti con qualsiasi grado di malattia renale cronica, per ridurre il rischio di evoluzione verso l'insufficienza renale terminale, l'apporto proteico deve essere limitato alla razione dietetica raccomandata (0,8 g/kg).
Nelle persone con diabete tipo 2, l'introduzione di proteine può condizionare un aumento della risposta insulinica postprandiale, senza aumentare la concentrazione del glucosio. Per questa ragione le proteine non devono essere utilizzate per trattare un episodio acuto ipoglicemico o prevenire un'ipoglicemia notturna. I A

Al momento non è possibile raccomandare, nelle persone con diabete, diete ad alto contenuto proteico per favorire il calo ponderale. L'effetto sul rischio cardiovascolare e sulla funzione renale, nel lungo periodo, di una dieta con un contenuto protidico >20% negli individui con diabete non è noto. VI C

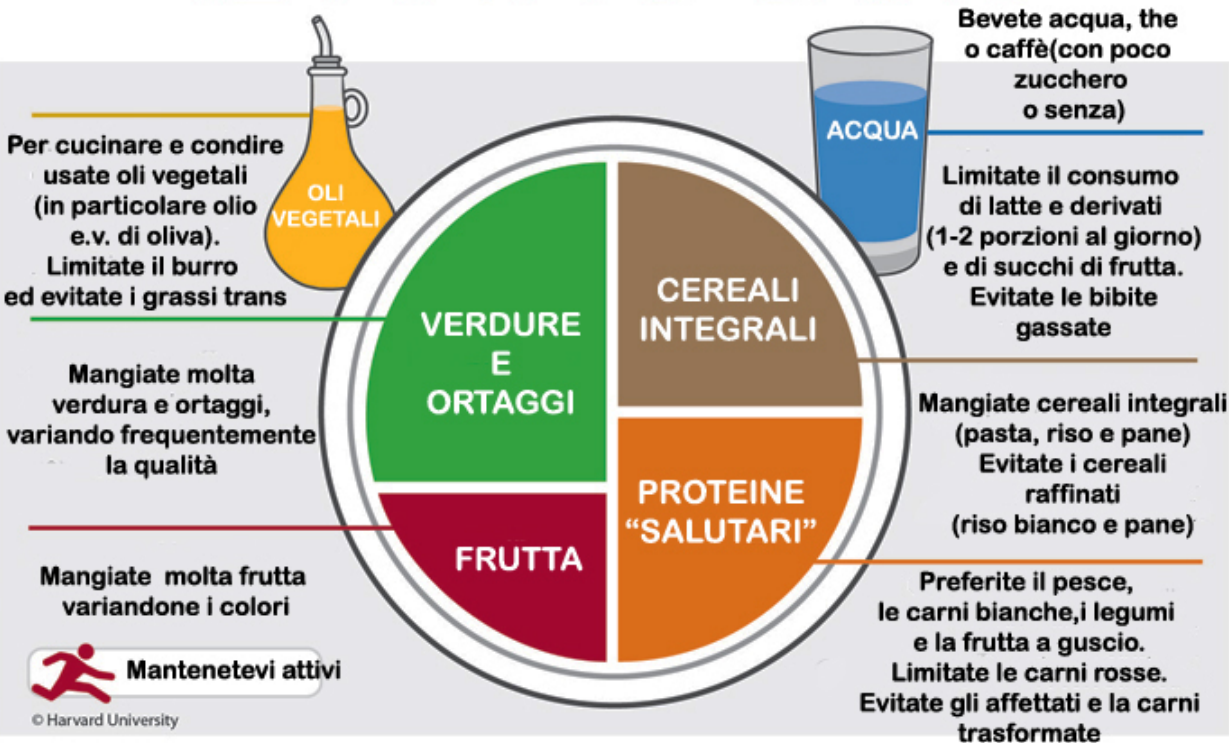
Carboidrati

I vegetali, i legumi, la frutta e i cereali integrali devono far parte integrante della dieta dei pazienti con diabete tipo 1 e tipo 2. Quando l'apporto dei carboidrati è al limite superiore delle raccomandazioni, è particolarmente importante consigliare cibi ricchi in fibre e con basso indice glicemico. I A

Al momento non esistono evidenze per suggerire l'uso di diete a basso contenuto di carboidrati (< 130 g/die) nelle persone con diabete. II D

L'uso delle diete a scambio o il conteggio dei carboidrati sono importanti per il controllo glicemico nel paziente in terapia insulinica basal-bolus. I A

IL PIATTO SANO



Harvard School of Public Health
The Nutrition Source
www.hsph.harvard.edu/nutritionsource

Harvard Medical School
Harvard Health Publications
www.health.harvard.edu

BIBITE: ATTENZIONE AGLI ZUCCHERI

Quante bustine di zucchero ci sono in...
(1 bustina = 5 gr di zucchero)



20 Gr di carboidrati

30 Gr di carboidrati

35 Gr di carboidrati

150 Gr di carboidrati

Gli alimenti contenenti prevalentemente zuccheri semplici se inseriti nel piano nutrizionale, devono sostituirne altri contenenti carboidrati; se aggiunti, devono essere gestiti attraverso l'aumento del bolo insulinico o con altri agenti ipoglicemizzanti. L'eccessivo consumo abituale di saccarosio e altri zuccheri semplici può comportare incremento ponderale, insulino-resistenza e ipertrigliceridemia. **IA**

L'indice glicemico deve essere considerato nella scelta degli alimenti. Una dieta a basso indice glicemico può determinare un miglioramento del controllo glicemico, riducendo anche il rischio di ipoglicemia. **IA**



9.0 gr di zucchero

VALORI NUTRIZIONALI MEDI PER 100 ml:	
Valore Energetico 40 kcal 170 kJ	
Proteine	0,6 g
Carboidrati	9,0 g
di cui Zuccheri	9,0 g
Grassi	0,2 g
di cui Acidi Grassi Saturi	0,0 g
Fibre Alimentari	0,3 g
Sodio	0,002 g
Vitamina C	38,0* mg
*63% della razione giornaliera raccomandata	
SENZA ZUCCHERI AGGIUNTI	
CONTIENE ZUCCHERI NATURALMENTE PRESENTI NELLA FRUTTA	

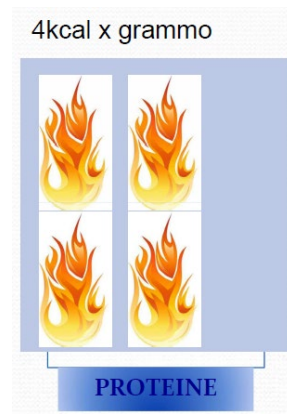
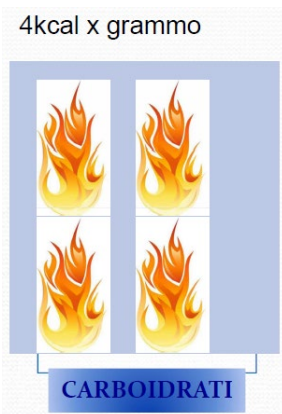
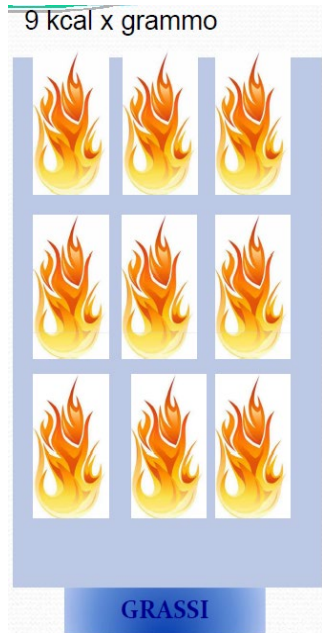
100% di succo di frutta

10.5 gr di zucchero

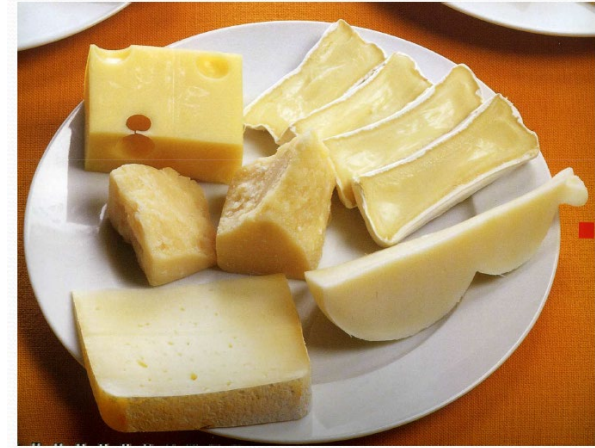
INGREDIENTI:	
acqua, succo di arance rosse 20%, zucchero, acidificante: acido citrico; addensante: pectina, antiossidante: acido ascorbico; colorante: E 129; aromi.	
VALORI NUTRIZIONALI MEDI PER 100 ml:	
Valore Energetico 43 kcal 184 kJ	
Proteine	0,1 g
Carboidrati	10,5 g
Grassi	0,1 g

20% di succo di frutta

POTERE CALORICO DEI NUTRIENTI



Mangio solo formaggi magri!



Grassi

L'apporto giornaliero di grassi saturi deve essere inferiore al 10%, da ridurre a <8% se LDL elevato.

I A

L'uso di acidi grassi trans deve essere drasticamente ridotto.

VI B

L'apporto di grassi deve contribuire per il 20-35% dell'energia totale giornaliera, con un quantitativo di colesterolo non superiore a 300 mg/die, da ridurre a 200 mg/die in presenza di valori plasmatici elevati.

III B

L'introduzione di almeno 2 porzioni alla settimana di pesce, preferibilmente azzurro, deve essere raccomandata, poiché fornisce acidi grassi v-3 polinsaturi.

II B

STANDARD ITALIANI PER LA CURA DEL DM 2018



Grassi 32%



Stracchino grassi 25%



Carne magra grassi 5%



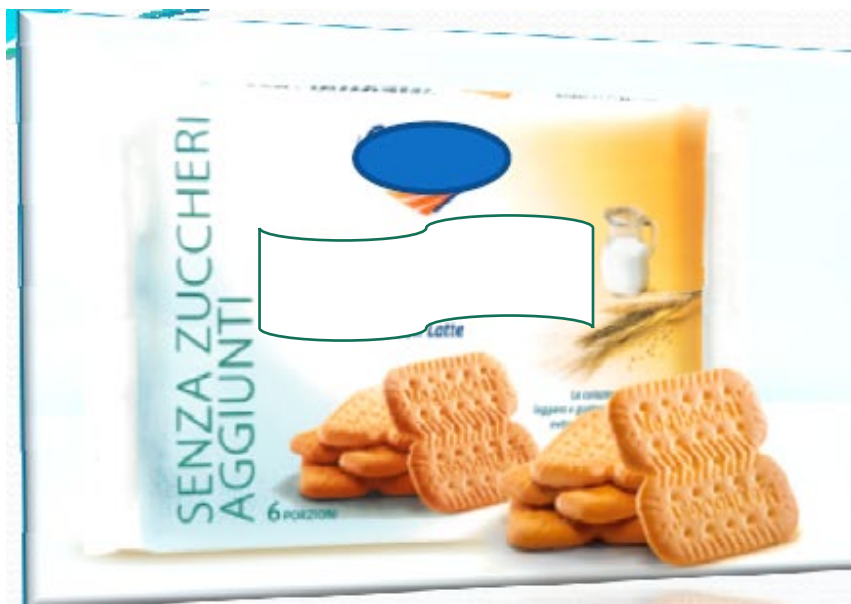
Grassi 20%



Petto di pollo grassi 1%



Pesce
Grassi 3-4%



VALORI NUTRIZIONALI

Valori Nutrizionali medi del prodotto su:	100 g	1 biscotto (4,2 g)
Valore energetico	409 kcal 1720 kJ	17 kcal 73 kJ
Proteine	8,5 g	0,4 g
Carboidrati, di cui	74,0 g	3,1 g
Zuccheri	3,0 g	0,1 g
Polialcoli	17,5 g	0,7 g
Amidi	53,7 g	2,3 g
Grassi, di cui	11,8 g	0,5 g
Saturi	8,0 g	0,3 g
Monoinsaturi	3,1 g	0,1 g
Polinsaturi	0,7 g	0,1 g
Fibre alimentari	2,0 g	0,1 g
Sodio	0,4 g	0,2 g

INFORMAZIONI NUTRIZIONALI

(VALORI MEDI)		Per 100 g	Per pezzo 7,4 g
VALORE ENERGETICO	kcal kJ	458 1927	34 143
PROTEINE	g	8,2	0,6
CARBOIDRATI	g	71,3	5,3
di cui: ZUCCHERI	g	25,0	1,9
GRASSI	g	15,0	1,1
di cui: SATURI	g	7,7	0,6
FIBRA	g	2,5	0,2
SODIO	g	0,200	0,015

Carboidrati

Alcol

Una introduzione moderata di alcol fino a 10 g/die nelle donne (una porzione) e 20 g/die negli uomini (due porzioni) non ha effetti sulla glicemia ed è accettabile se il paziente desidera bere alcolici. Tuttavia, i carboidrati contenuti nelle bevande alcoliche possono avere un impatto importante. L'assunzione di alcol dovrebbe essere limitata nei soggetti obesi o con ipertrigliceridemia e sconsigliata nelle donne in gravidanza e nei pazienti con storia di pancreatite. **III B**

L'assunzione dell'alcol nei pazienti che sono trattati con insulina deve avvenire nel contesto di pasti che comprendono cibi contenenti carboidrati, per prevenire, soprattutto durante la notte, il rischio di pericolose prolungate ipoglicemie. **VI B**



50g. arachidi 300 kcal

25g. patatine 233 kcal



Tav. 84

30g. Salatini 132 kcal


**KEEP
CALM
AND
APERITIVO**

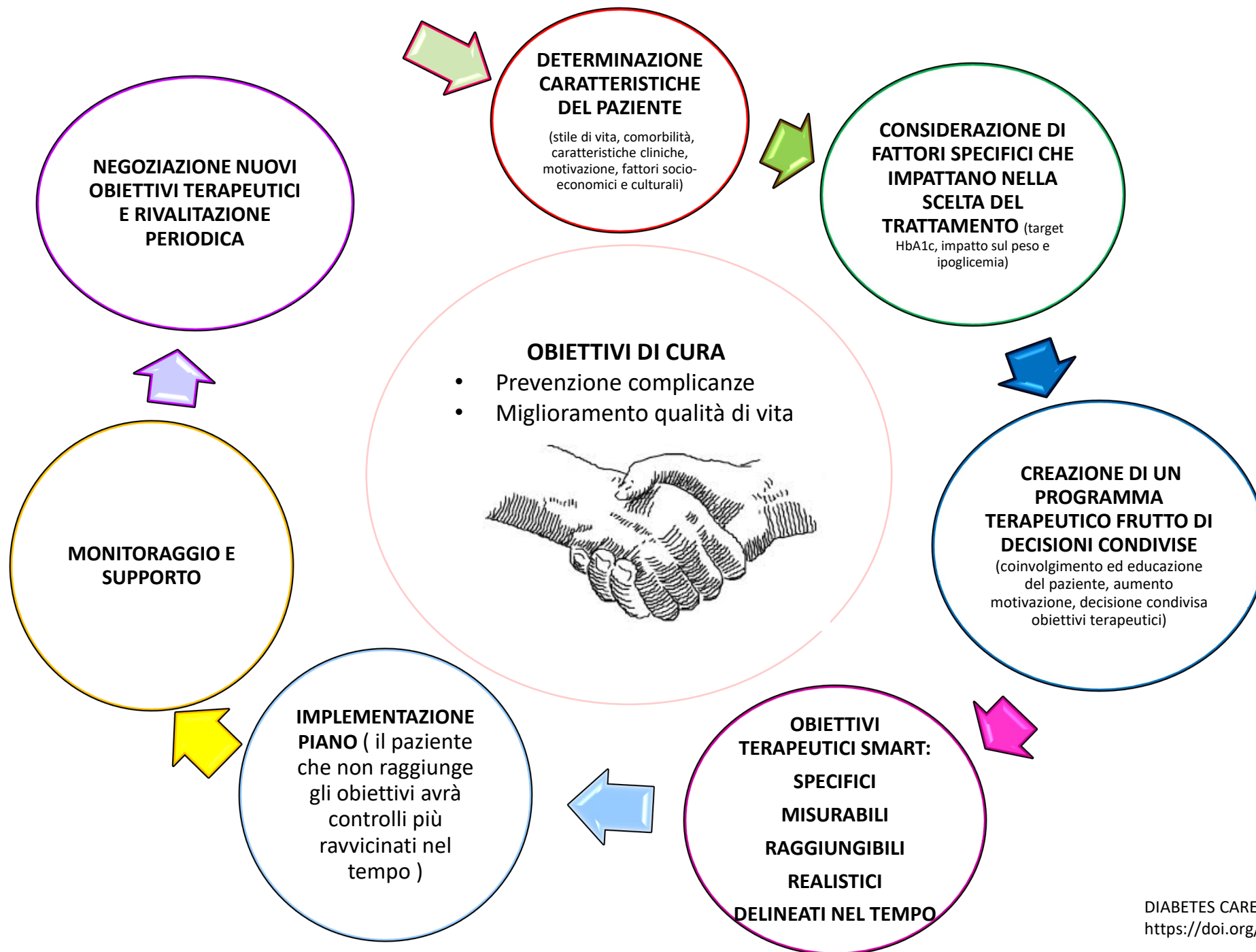
mezzo tramezzino
312 kcal



1 panino 446
kcal

2 pizzette 271
kcal

1 tartina 210
kcal



Grazie per
l'attenzione!

