

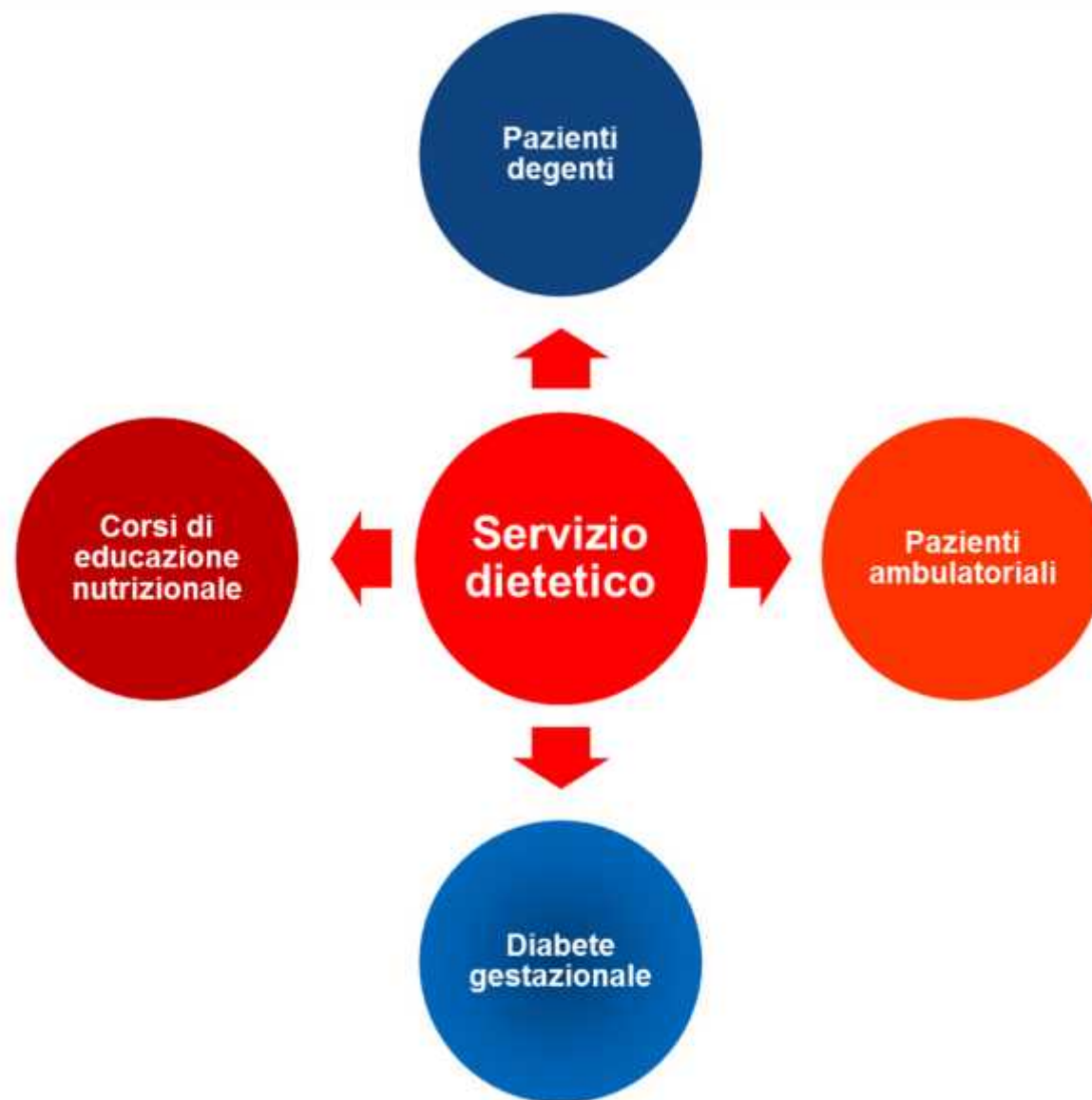
Educazione alimentare e diabete: manuale per il medico di famiglia

Fabrizio Vaghi




Nutrizionista – Dietista ASDD®
Membro Direttivo ASDD Ticino

18 gennaio 2017





PAZIENTI AMBULATORIALI

PRESCRIZIONE DIETETICA
(secondo Par. 9b CCMS)

Dati personali

Nome _____

Cognome _____

Data di nascita _____

Indirizzo _____

CAP/Città _____

Tel. privato _____

Datore di lavoro _____

Tel. ufficio _____

Avvertenze malattie _____

N° Avvertenze _____

Malattia Incontinenti Invalidi

Numero di prescrizioni: _____

Data _____

Firma del medico (timbro con N° CCMS) _____

Malattia

Turbe del metabolismo

obesità (Body-mass-index > 30) o malattie conseguenti al sovrappeso (ipertensione, diabete)

malattie cardiovascolari

malattie del sistema digerente

malattie dei reni

stato di malnutrizione o di denutrizione

allergie alimentari o reazioni allergiche dovute all'alimentazione

Data _____

Firma della dietista (timbro con N° CCMS) _____

All'attenzione della dietista

Medicamenti: _____

Risultati delle analisi: _____

Diagnosi precisa: _____

Osservazioni: _____

Risposta relativa al decorso del trattamento:

scritto telefonico

Ordinanza del DFI sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (Ordinanza sulle prestazioni, OPre)¹

del 29 settembre 1993 (Stato 1° gennaio 2015)

Tarifsuisse:
i costi relativi alle prescrizioni dietologiche
non vanno ad intaccare l'economicità del
medico prescrivente
(no limiti di prescrizione)

DIABETE

Patologia sociale in aumento in tutto il mondo

Dati Cardiologia Riabilitativa:

Su 782 soggetti, 130 diabetici noti (16.6%) + 57 nuove diagnosi (7.3%)
23.9% degli afferenti è diabetico

37.3% dei soggetti presenta alterata glicemia a digiuno

Solo il 38.8% dei soggetti ha glicemia normale

PROGRAMMA NUTRIZIONALE

Dieta quali quantitativa bilanciata (mediterranea):

Carboidrati 45-55% (no esclusione) – zuccheri semplici preferibile esclusione

Attenzione qualitativa all'indice glicemico

Proteine 10-20%

Grassi fino al 35% ...di qualità (saturi e trans < 10%, monoinsaturi >20%)

Fibre > 40 g/die

Vitamine e sali minerali adeguati

European Heart Journal Advance Access published August 30, 2013



ESC GUIDELINES

ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD

The Task Force on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and developed in collaboration with the European Association for the Study of Diabetes (EASD).

EASD
European Association
for the Study of Diabetes

**American
Diabetes
Association**

**STOP
DIABETES**
American Diabetes Association

CARDIOCENTROTICINO

OBIETTIVI ALIMENTARI

Avere un'alimentazione equilibrata ricca di alimenti protettivi

Ripartire l'alimentazione in tre pasti principali al giorno

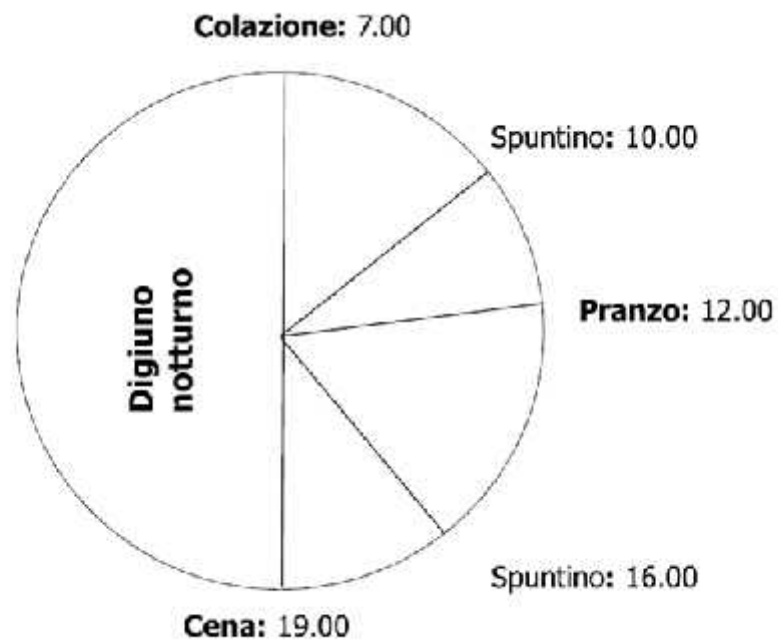
Prevedere da 1 a 3 spuntini, secondo le abitudini e la terapia

Ad ogni pasto consumare dei carboidrati a basso IG

Adeguare la quantità di carboidrati al fabbisogno, alle abitudini di vita

La quantità di carboidrati va regolata secondo il tipo di terapia

STRUTTURA DELLA GIORNATA E GLICEMIA



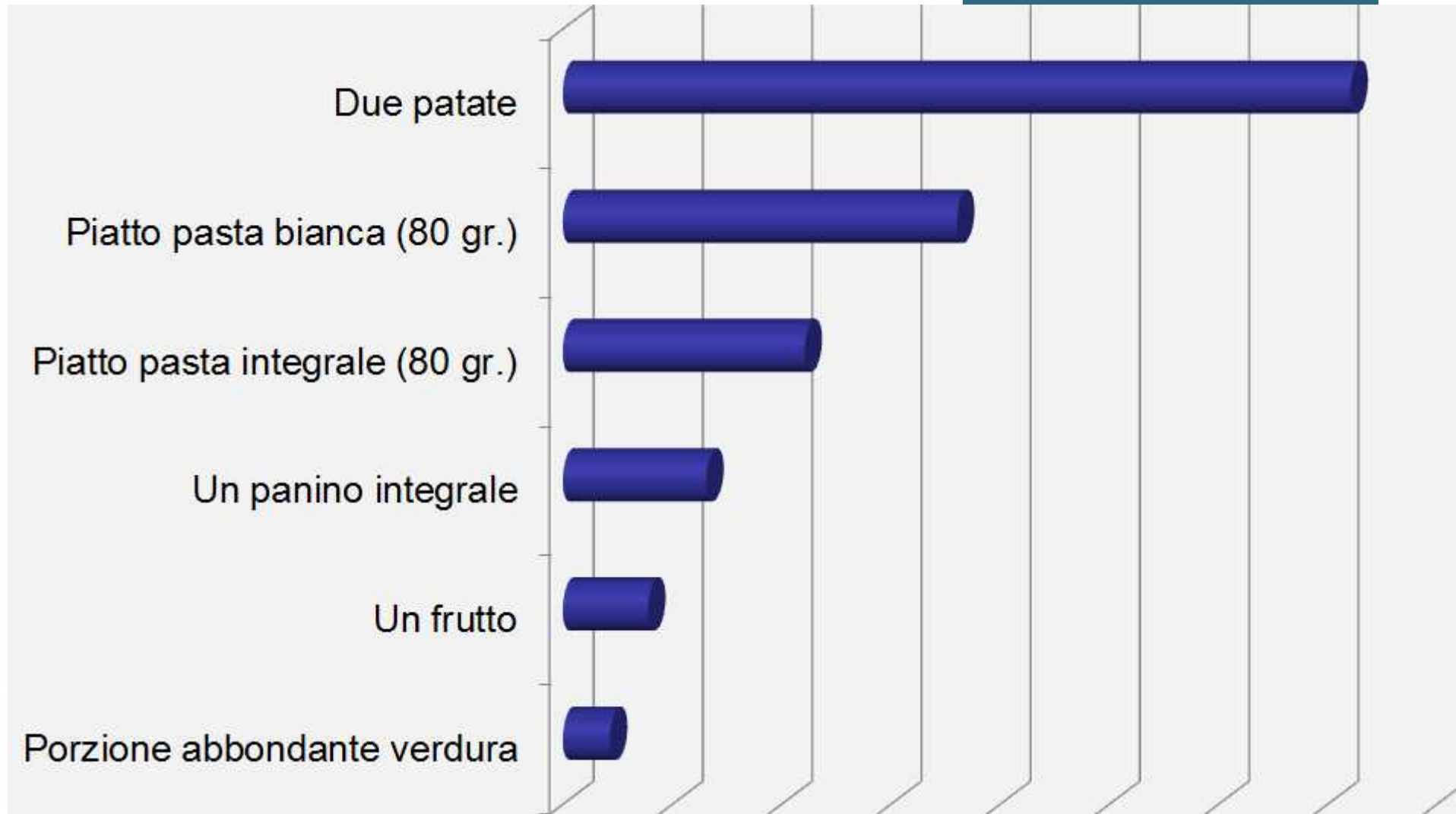
QUALITA' DEI CARBOIDRATI: L'INDICE GLICEMICO

Rappresenta la qualità del carboidrato

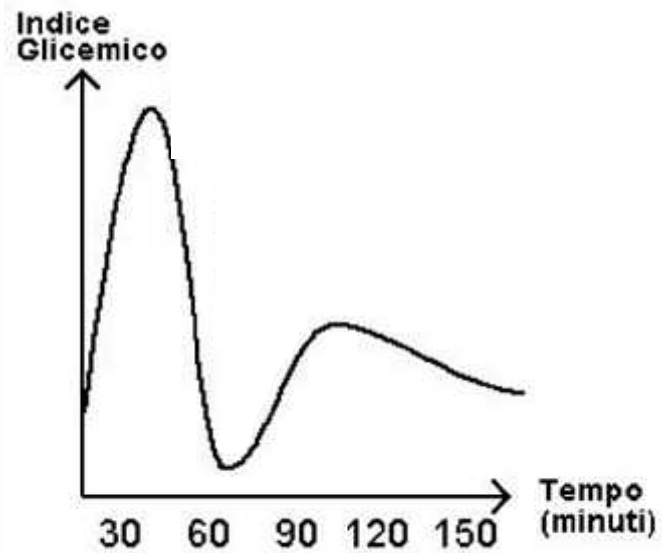
Classificazione dei cibi che apportano carboidrati in base a quanto alzano la glicemia dopo averli ingeriti

Più un cibo alza la glicemia e più insulina deve essere prodotta/iniettata

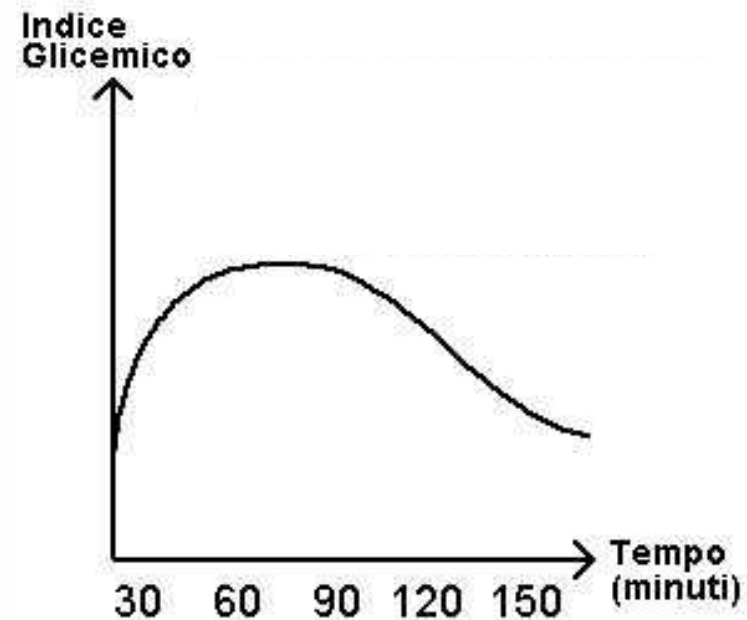
CARICO GLICEMICO



RISPOSTA GLICEMICA

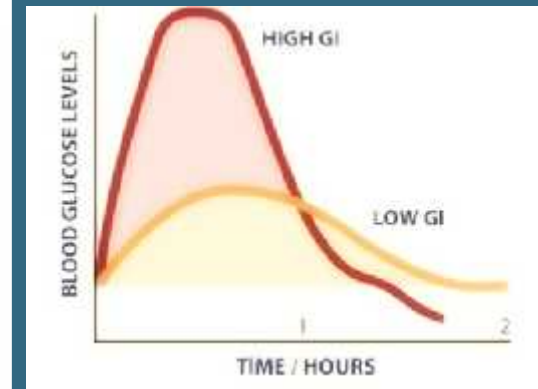


Alimento ad ALTO IG



Alimento a BASSO IG

RIDUCE L'INDICE GLICEMICO



Aggiunta di fibra (es: verdure)

Aggiunta di grassi (es: olio d'oliva extra vergine)

Aggiunta di proteine (es: pesce – legumi)

Adeguata cottura (es: pasta cottura al dente)

ALIMENTI PER DIABETICI

SI

FORSE

NO



ESEMPIO DI UNA GIORNATA (STRUTTURA NUTRIZIONALE)

Colazione



Spuntino



Pranzo



Spuntino



Cena



NUTRIZIONE E DIABETE: OBIETTIVI PERCORSO PERSONALIZZATO

Aiutare i soggetti a raggiungere e mantenere un miglior controllo metabolico (autocontrollo glicemico, emoglobina glicata, LDL, HDL...)

Prevenire le complicanze acute e a lungo termine

Evitare alterazioni ipo/iperglicemie molta attenzione alle IPO

Programma alimentare fattibile e comprensibile per il paziente



FOLLOW UP DIETETICO COSTANTE NEL TEMPO

Valutazione costante dello stato nutrizionale tramite diario alimentare e /o anamnesi alimentare, recall 24H, comparato con autocontrollo glicemico

Aggiornamento del programma alimentare in base al cambiamento di terapia (terapie combinate ADO, Insulina...)

Condizione del paziente

PUNTI CENTRALI

Distogliere attenzione dal singolo alimento (visto come positivo o negativo) ma proporre una struttura nutrizionale

Avere a disposizione una diagnosi chiara per poter personalizzare la dietoterapia: no alle diete standard uguali per tutti, no a elenchi di cibi (SI / NO)

Attenzione non solo quantitativa ma anche qualitativa ai carboidrati

Adattare le strategie per poter ottenere un cambiamento nello stile di vita
facilitare la comprensione nel riconoscimento dei carboidrati
(altalene ipo - iper glicemie)

Definire eventuali indicazioni a nutrizione artificiale (integratori OS, nutrizione enterale) nei casi di pazienti con malnutrizione calorico proteica

THANK YOU
for your attention