



La "nuova" dieta del diabete mellito

Data 30 dicembre 1999
Categoria metabolismo

L'argomento nutrizione e diabete è generalmente molto controverso. Ciò è dovuto essenzialmente a due motivi:

quasi ogni clinico ha una sua personale esperienza in questo campo e tende a considerare se stesso un esperto, per cui fa affidamento più sulle sue esperienze che sui fatti documentati in letteratura; i riscontri scientifici pubblicati su riviste specialistiche spesso presentano delle imperfezioni in relazione a inadeguate metodologie di studio; ciò dipende dalla difficoltà intrinseca di tener conto di tutte le interrelazioni tra i vari nutrienti, dalla difficoltà di progettare uno studio con un disegno sperimentale adeguato (una dieta placebo non è possibile) e, infine, dalla difficoltà di combinare nello stesso gruppo di ricerca competenze sia di tipo nutrizionale che metabolico.

Pertanto, per mantenere un punto di vista obiettivo sull'influenza della nutrizione sul diabete è necessario leggere la letteratura lasciando da parte ogni personale pregiudizio e cercare di interpretare e fondere insieme risultati talora contraddittori e opposti punti di vista. In ogni caso, sarebbe opportuno discernere tra fatti certi e ipotesi probabili; questo può essere fatto tenendo presente la forza dell'evidenza che deriva da differenti tipi di studio (studi in vitro, su animali, osservazionali, di intervento, ecc.) e la plausibilità dei meccanismi d'azione.

Per il diabete di tipo I due fattori sono stati associati con un aumento della suscettibilità a tale patologia. Il primo è rappresentato da una breve durata dell'allattamento. Non è chiaro, finora, se la durata dell'allattamento per sé o una precoce introduzione di prodotti caseari solidi e liquidi abbia un ruolo predisponente nello sviluppo del diabete di tipo 1. Giacché questi due fattori sono tra loro altamente correlati, è difficile valutare l'effetto indipendente di ciascuno di questi due fattori sul rischio di diabete di tipo 1.

Il secondo fattore nutrizionale legato al diabete di tipo 1 è rappresentato dal consumo di nitrati (chimicamente correlati alla streptozotocina con ben noto effetto tossico sulle cellule Beta del pancreas). Studi in laboratorio e verifiche ecologiche su popolazione hanno mostrato un aumento del rischio di sviluppare il diabete di tipo I quando composti nitrosi sono consumati da entrambi i genitori al momento del concepimento e dalla progenie durante l'infanzia. Sono necessari ulteriori studi, e particolarmente studi di intervento sull'uomo, prima che il nesso causale sia stabilito in maniera inequivocabile.

In relazione all'etiologia del diabete di tipo 2 l'obesità, particolarmente quella di tipo viscerale, è tra le principali cause. E' oggi generalmente accertato che il grado e la durata dell'obesità sono associati ad un aumento del rischio di diabete di tipo 2. Inoltre, l'adiposità viscerale rappresenta un fattore di rischio indipendentemente dal grado di sovrappeso. La perdita di peso sarebbe in grado di ridurre il rischio di diabete di tipo 2 e, in pazienti già affetti da tale patologia, potrebbe migliorare l'insulino-sensibilità e la tolleranza al glucosio.

Altri fattori nutrizionali che hanno un possibile ruolo nell'etiologia del diabete di tipo 2 sono: 1) un basso consumo di alimenti ricchi in fibre e/o cibi con basso indice glicemico; 2) un basso consumo di pesce; 3) un elevato consumo di grassi, particolarmente quelli saturi. Tuttavia, nessuno di questi fattori nutrizionali è stato implicato inequivocabilmente nell'etiologia del diabete di tipo 2.

Molti sono stati i criteri dietetici usati in passato:
Rappresentazione storica delle raccomandazioni nutrizionali per il paziente diabetico.

Distribuzione delle calorie in %
Carboidr. % Proteine % Grassi %

Prima del 1921 Diggiuno

1921 20 10 70

1950 40 20 40

1971 45 20 35

1986 fino a 60 12-20 <30

1994* 10-20 * **

*Da decidere in base alla valutazione nutrizionale e all'obiettivo terapeutico

**Meno del 10% delle calorie dai grassi saturi

Raccomandazioni dietetiche attuali per pazienti con diabete mellito.

Energia EASD 1995 ADA 1994

Proteine 10-20% 10-20%

Grassi 30-40% 30-40%



saturi <10% <10%
monoinsaturi 10-20% 10-20%
poliinsaturi <10% <10%
Colesterolo <300 mg/die <300 mg/die
Carboidrati digeribili 40-60% 40-60%
Saccarosio <10% In sostituzione
di altri carboidrati
Fibre 20 g/1000 kcal 20-35g/die
Alcool <30 g/die <30 g/die
EASD (European, Association for the Study of Diabetes)

ADA (American Diabetes Association)

.Nonostante perciò tutte le controversie e i cambiamenti di atteggiamento dei ricercatori e dei clinici in relazione alla dieta del paziente diabetico, una tendenza generale può essere riconosciuta nelle raccomandazioni dietetiche ai pazienti diabetici nel corso degli anni. Questa tendenza parte da una dieta molto specifica per il diabete per approdare verso una dieta sempre più rassomigliante a quella raccomandata alla popolazione generale per la prevenzione delle malattie cardiovascolari e delle altre malattie degenerative che sono ora endemiche nei paesi sviluppati. A partire da questa dieta il piano dietetico per il paziente diabetico dovrebbe essere calibrato e individualizzato in base agli obiettivi glicemici, ai valori dei lipidi, alla funzione renale, alla produzione endogena di insulina e alla terapia farmacologica ipoglicemizzante impiegata. L'unica caratteristica specifica della dieta per il paziente diabetico è il consumo di una quota costante di carboidrati nel pasto. Ne' è concepibile oggi etichettare alcuni alimenti come "per diabetici" ma vanno caratterizzati, semmai, per il loro valore generale per la salute umana.
(Riccardi e al., "Il Diabete", 3/1999)