

Il diabete: aspetti medico-legali, psicologici e sociali



**Giordana Fauci**

**IL DIABETE: ASPETTI  
MEDICO-LEGALI, PSICOLOGICI E  
SOCIALI**

**BOOK  
SPRINT**  
EDIZIONI

[www.booksprintedizioni.it](http://www.booksprintedizioni.it)

Copyright © 2012  
**Giordana Fauci**  
Tutti i diritti riservati

*Nessuna tempesta è impossibile da superare...*

*Dedicato a mia figlia Damiana*



## Premessa

### DIABETE E COMPLICANZE POST-DIABETICHE

La malattia diabetica era conosciuta fin dai tempi antichi: numerosi documenti rinvenuti in diverse parti del mondo ne attestano la conoscenza.

In un papiro egizio si legge *“dell’esistenza di una malattia che provoca una sete talmente enorme che chi ne soffre è in grado di prosciugare le acque del Nilo senza alcun problema”*.

Da altro documento, rinvenuto in Grecia, si apprende che per diagnosticare la presenza della patologia *“è sufficiente assaggiare con la punta della lingua l’urina che, se dolce, depone per la presenza di diabete”*.

Patologia e sintomi erano, dunque, perfettamente noti già alle popolazioni antiche.

Altrettanto noto l’esito: inevitabilmente letale.

Oggi, per fortuna, la situazione è cambiata.

Il diabete, grazie alle continue scoperte ed ai continui progressi medico-scientifici, è divenuto una “condizione” più che una vera sindrome e, perciò, il diabetico è in grado di vivere un’esistenza serena e “normale”.

Doveroso, a tal punto, chiarire cos’è il diabete, parola

che deriva dal vocabolo greco “diabaino” che vuol dire “passare attraverso” ed, infatti, nell’accezione medica, il termine è indicativo di un passaggio abnorme di acqua e zucchero attraverso l’organismo.

La patologia consiste in una condizione morbosa a sfondo ereditario caratterizzata da carenza parziale o totale di insulina - ormone secreto dalle beta cellule delle “isole di Langerhans” del pancreas -.

Per la precisione, la carenza parziale di insulina genera il diabete di tipo II (anche detto “alimentare”), la carenza totale origina, invece, il diabete di tipo I (più noto come mellito-giovanile o insulino-dipendente).

Le terapie di queste due differenti forme di diabete sono ben distinte.

Il diabete di tipo I è necessariamente curato con iniezioni quotidiane di insulina e con una dieta alimentare a basso contenuto di carboidrati.

Il diabete di tipo II, se ben monitorato, può essere trattato con un’ “alimentazione adeguata” e con un “adeguato esercizio fisico” - nel caso contrario, anche con somministrazione di ipoglicemizzanti orali e, laddove questa terapia si riveli insufficiente, con insulina -.

La sindrome diabetica, tanto di tipo I quanto di tipo II, è caratterizzata da un aumento di glucosio nel sangue (noto come iperglicemia) e dalla presenza di zucchero nelle urine (cosiddetta glicosuria), oltre ad una secrezione abbondante delle stesse (poliuria), a senso di sete eccessivo (polidipsia) e ad aumento dell’appetito (polifagia).

Il diabete di tipo I è divenuto curabile all’incirca 100 anni fa, grazie alla scoperta dell’insulina, avvenuta nel 1921, a Toronto, ad opera di due ricercatori canadesi: i dottori Frederick Banting e Charles Best.

In effetti, prima di questa rivoluzionaria scoperta, la malattia era invariabilmente letale, tanto che familiari e medici erano costretti ad assistere impotenti al declino di un ragazzo ed alla sua morte entro qualche settimana o, nei casi più fortunati, pochi mesi dopo la diagnosi.

Migliori prospettive hanno sempre avuto i pazienti affetti da diabete di tipo II nei quali, per l'appunto, la produzione di insulina non cessa totalmente e, dunque, una dieta adeguata poteva/può rivelarsi sufficiente alla risoluzione del problema.

A ciò si aggiunga che, per i diabetici di tipo II, la situazione migliorò ulteriormente quando, nel 1955 - in Germania - furono introdotti gli ipoglicemizzanti orali.

L'insulina, come gli ipoglicemizzanti orali, si è dimostrata fin dalla scoperta "*un rimedio in grado di salvare la vita dei pazienti*" e, perciò, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.) l'ha giustamente inserita nell'elenco dei farmaci "*necessari alla vita*" assieme agli ipoglicemizzanti orali.

Già nel 1921 buona parte dei medici si trovarono concordi nel ritenere la somministrazione quotidiana dell'ormone equivalente ad una "terapia definitiva ed esaustiva".

Essi, tuttavia, avevano ragione solo in parte.

Poco più tardi, nel 1955, gli stessi medici ritennero che dieta ed ipoglicemizzanti orali potessero rappresentare una terapia altrettanto "efficace" per la cura dei diabetici di tipo II.

Anch'essi non avevano ragione in toto.

Difatti, negli anni successivi, quegli stessi medici si sono resi conto che numerosi pazienti, affetti tanto da diabete di tipo I quanto di tipo II, col tempo, finivano per essere colpiti da patologie anche gravissime: le

complicanze post-diabetiche.

Dette complicanze si distinguono in acute e croniche: le prime consistono in crisi ipoglicemiche ed iperglicemiche che comportano, rispettivamente, valori molto bassi o, al contrario, assai elevati della glicemia nel sangue; le croniche consistono in complicanze oculari, disfunzioni renali, gravi cardiopatie e danni agli arti inferiori.

In verità, nonostante il progresso della medicina, ancor oggi, molti pazienti diabetici sviluppano, negli anni, dette complicanze.

Non vanno, perciò, sottaciuti alcuni attuali ed allarmanti dati.

Da recenti studi è emerso che, dopo circa 30 anni dall'insorgenza della malattia, il 30-50% della popolazione diabetica sviluppa retinopatia diabetica ed è affetta da gravi compromissioni del visus, al punto che molti individui arrivano a diventare ciechi.

Da altri studi è emerso che, dopo circa 25 anni dalla comparsa del diabete, il 30/40% dei pazienti sviluppa nefropatia diabetica e subisce compromissioni renali talmente gravi da esser costretti a sottoporsi a dialisi.

Da ulteriori statistiche si è, infine, appurato che, dopo circa 20 anni di convivenza con il diabete, il 20/30% dei pazienti soffre di gravi cardiopatie e subisce infarto del miocardio, spesso con esito letale.

Va, infine, menzionato un ultimo gravissimo dato.

A tutt'oggi chi è affetto dalla sindrome è soggetto a frequenti lesioni degli arti inferiori il cui progredire può degenerare in cancrena degli arti stessi e, dunque, in necessaria amputazione: non a caso il 50% di tutte le amputazioni degli arti inferiori riguarda proprio pazienti diabetici.

Sconfortati?

Niente paura!

Si tratta di problemi allarmanti solo in apparenza, giacché dette problematiche colpiscono solo ed unicamente i diabetici che si sono inspiegabilmente “trascurati”.

Ed, in effetti, nonostante l'accertamento di dati tanto allarmanti, è opportuno ribadire che gli specialisti di tutto il mondo concordano nel ritenere che, a parte il deficit di insulina (sia totale che parziale), laddove sussiste un buon controllo glicemico e quotidiano del diabete, i suindicati problemi non si sviluppano; la sindrome, invece, diviene una vera e propria malattia solo nel caso di sviluppo di complicanze post-diabetiche.

Dette complicanze, oltretutto, non comportano solo gravi forme di invalidità del paziente bensì notevoli costi a carico dell'intera società: non è, dunque, il diabete in sé a giustificare un “problema sociale” bensì lo sviluppo delle complicanze.

Investire nella “prevenzione” e nella diagnosi precoce rappresenta, perciò, l'unica risposta efficace al problema, giacché permette non solo il benessere dell'interessato bensì un enorme risparmio della spesa sanitaria globale.

Per nostra fortuna, i diabetici di oggi sono meno “trascurati” di quelli del passato.

Ci si augura che, nel prossimo ventennio, i dati inerenti dette complicanze siano, perciò, meno allarmanti di quelli attuali e, magari, il numero dei “trascurati” arrivi ad azzerarsi.

