

La mortalità in Italia per diabete mellito

di Giorgio Marcuzzi (*)

Il diabete o diabete mellito, per distinguerlo da quello insipido che è tutt'altra malattia, si presenta nel 2-10% della popolazione mondiale nel suo ciclo vitale, dipendendo da fattori come geografia, popolazione, livello di cure igieniche, stato nutrizionale, etc. Non si conosce la mortalità media mortale; negli USA è pari a 1,3% della mortalità totale, ma a Providence-Rhode Island (USA del nord-est) raggiunge il 4,0-4,3% (da Population studies and trained center - Brown University). Non è quindi da cadere in esagerazioni come fa Morpurgo (1987, p. 247) che dice che "il diabete costituisce nel mondo la terza causa di morte", ed il seguito dimostra che non si tratta di lapsus. Riporto, a continuazione dei dati presi del tutto a caso di cause di morte in vari paesi del mondo (dalle tabelle dell'OMS, o WHO), per dimostrare come l'affermazione - pur fatta in buona fede - è lontana dalla verità.

Nuova Zelanda 1981: tumori maligni 22,2% del totale di morti; diabete 1,54%; sistema circolatorio 48,86%; accidenti 5,75%.

Danimarca 1982: tumori maligni 25,46%; diabete 1,44%; sistema circolatorio 47,45%; accidenti 6,65%.

Grecia 1982: tumori maligni 19,72%; diabete 3,77%; sistema circolatorio 45,21%; accidenti 4,98%.

Kuwait 1982: tumori maligni 10,71%; diabete 3,54%; sistema circolatorio 25,52%; accidenti 16,10%.

Il diabete è comunque una malattia che dobbiamo prendere in seria considerazione, come una delle cause di morte praticamente a tutte le età (a cominciare dal primo anno di vita), che evolve in vario modo spesso drammatico a carico di numerosi apparati e sistemi (reni, occhi, sistema vascolare, sistema nervoso, per arrivare in certi casi alla cancrena degli arti inferiori). Non solo, ma uno dei due principali tipi, il tipo I o insulino-dipendente, come dice il nome, implica l'uso, per tutta la vita o meglio dalla sua comparsa (che da noi in Italia è stata notata nel primo anno di vita con un'incidenza del 12% sul totale; Pinelli e coll., 1977), dell'insulina, che deve sostituire quella che l'organi-

simo ammalato non sa sintetizzare o addirittura che viene distrutta dallo stesso organismo (malattia autoimmune).

Passando alle cifre, diciamo che l'Italia è uno dei paesi d'Europa a tasso più elevato di mortalità da diabete (che non deve esser confuso con il numero di pazienti, o morbidità) venendo subito dopo la Grecia e dopo Malta (dove c'è uno dei massimi mondiali). Non solo, ma il numero di morti aumenta costantemente e in modo abbastanza regolare (Fig. 1).

Le differenze tra regione e regione sono molto cospicue, andando da 15-19 x 100.000 abitanti in

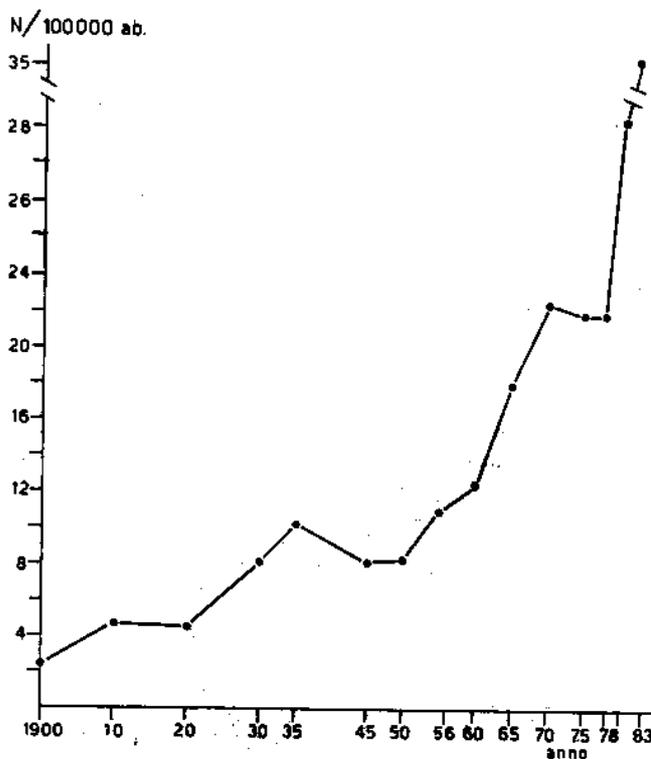


Fig. 1

Calabria, Sardegna e varie regioni del Nord, (anno 1977-79) a 27-31 in Liguria, Lazio, Sicilia e Friuli-Venezia Giulia (Fig. 2).

Proprio l'esame delle differenze tra regione e regione o, in Europa, da nazione a nazione, ci dice che il diabete non è assolutamente, come sostenuto spesso anche da persone autorevoli, una "malattia del benesse-

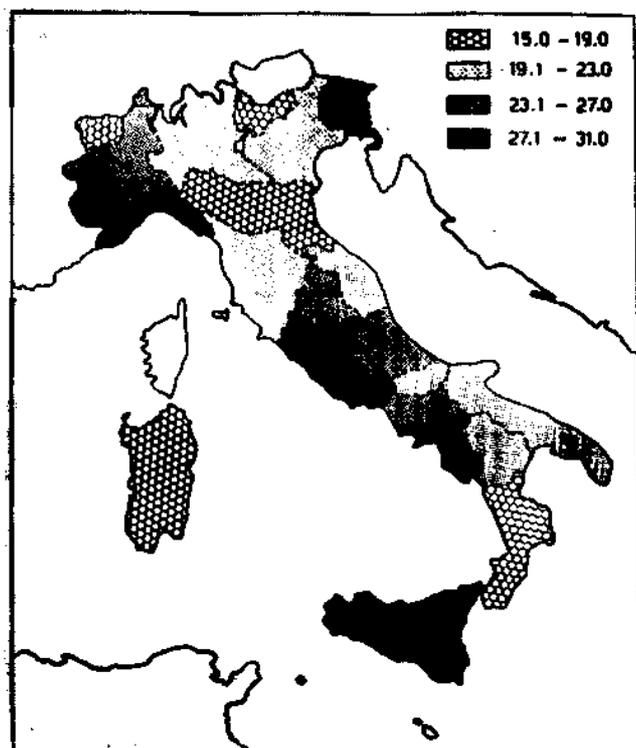


Fig. 2 - Mortalità da diabete nelle diverse regioni d'Italia negli anni 1977-'79 (N. x 100.000 abitanti), in base ai dati ISTAT.

re": non è quindi il reddito annuo pro capite, non è la dieta (spesso strettamente a quello legata), non sono latitudine, longitudine o clima.

Dal momento che il diabete, sia quello del tipo I (o diabete insulino-dipendente) che quello del tipo II (non insulino-dipendente) è malattia ereditaria secondo una trasmissione ancora poco conosciuta e molto complessa, l'unica spiegazione che oggi possiamo dare di questo comportamento, così vario da luogo a luogo, è quella genetica.

L'aumento costante nel tempo che non si trova in tutti i paesi d'Europa - dove possiamo avere o un livello stazionario o addirittura decremento del numero di morti - è invece difficilmente spiegabile. Sappiamo che la predisposizione al diabete (genetica) fa sì che certi stimoli anomali che compaiono in qualsiasi momento

possono aumentare in certi paesi piuttosto che in altri: stimoli sono il virus della parotite (o i comuni "orecchioni"), dell'epatite virale, della mononucleosi infettiva o il virus di Coxsackie; gli stress di varia natura e intensità (che in certe zone aumentano costantemente e sono destinati ad aumentare) etc.

Tornando alle cifre, vediamo prima di finire l'andamento della mortalità da diabete nella Provincia di Padova dal 1900 ad oggi, espresso come numero assoluto di morti (linea intera) o come tasso grezzo di mortalità (linea spezzata - fig. 3). L'andamento non è molto diverso da quello nazionale.

Ci sono speranze? Accanto a ciò che possiamo fare tutti noi (mangiare meno, fare molto movimento, evitare l'obesità), dalla medicina possiamo attendere nuovi farmaci ed in particolare l'intervento oculato e complesso che impedisca all'organismo di neutralizzare la propria insulina. Le ricerche stanno ottenendo risultati veramente non immaginabili pochi anni or sono.

^(*) Docente facoltà di biologia - Università di Padova.

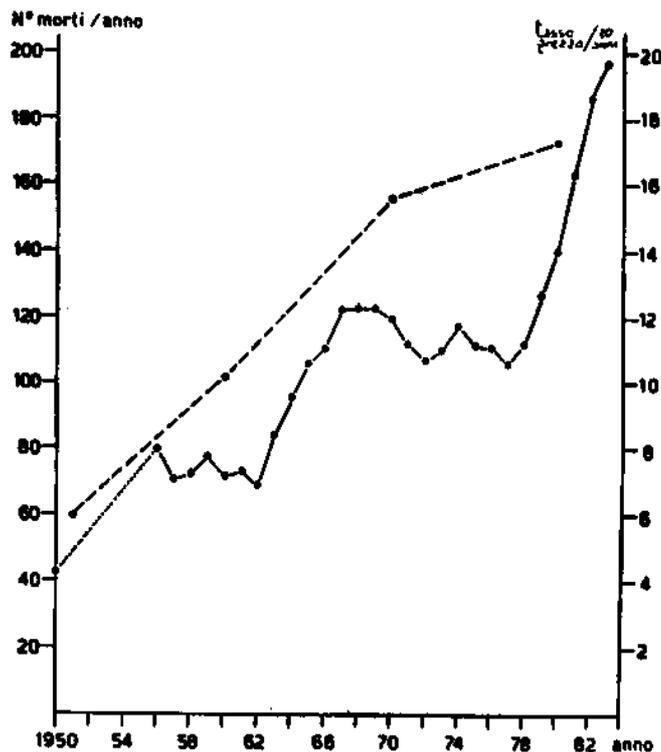


Fig. 3 - Andamento della mortalità per diabete nella provincia di Padova, espresso come numero assoluto di morti per anno (media mobile di tre annate) e come tasso grezzo di mortalità (x 100.000 ab.). Per il 1950, mancando il dato della popolazione della provincia, ci siamo basati sul numero di residenti del Censimento Nazionale del 1951.