

Riccardo Lera, Sandro Rigardo

Io me la cavo



Dialogo sul diabete e sulla vita
fra alcuni insegnanti e un pediatra

ACCU-CHEK®

Vivi la vita. Come vuoi.

Riccardo Lera, Sandro Rigardo

Io me la cavo

Dialogo sul diabete e sulla vita
fra alcuni insegnanti e un pediatra

Un insegnante italiano che non introduca i suoi alunni
nei misteri dell'emigrazione, oggi ruba lo stipendio
e tradisce i suoi alunni

(Luigi Credaro, prefazione a "Il maestro degli emigranti"
di Angiolo Cabrini, 1913)

Edito da: Roche Diagnostics - Milano

Editing: In Pagina - Milano

Grafica: www.ideogramma.it

Stampa: Global Print - Gorgonzola (Mi)

INDICE

	Premessa	pag. 7
<i>capitolo 1</i>	Una storia da non raccontare...	pag. 11
<i>capitolo 2</i>	Il "caso" Alessia	pag. 15
<i>capitolo 3</i>	Le crisi ipoglicemiche	pag. 19
<i>capitolo 4</i>	Come sta un diabetico	pag. 31
<i>capitolo 5</i>	Il diabetico e la sua terapia	pag. 39
<i>capitolo 6</i>	Schemi di insulinoterapia	pag. 53
<i>capitolo 7</i>	Falsi e veri problemi in un diabetico	pag. 61
<i>capitolo 8</i>	Il diabetico e la sua famiglia	pag. 69
<i>capitolo 9</i>	Cosa può fare la scuola per un bambino diabetico	pag. 75
<i>capitolo 10</i>	Conclusioni	pag. 81
	Riferimenti legislativi	pag. 83

PREMESSA

Troppe volte come pediatri ci siamo dovuti confrontare con insegnanti che poco conoscevano della malattia diabetica dell'infanzia; e altrettante volte siamo stati visti come eserciti su due barricate opposte, accusati d'arroganza gli uni e d'ignoranza gli altri.

Crediamo siano maturati i tempi di una reciproca chiarezza. L'insegnante deve essere adeguatamente informato; il medico deve scendere dalla sua torre per confrontarsi con la classe docente. Insieme c'è da scrivere un percorso, attraverso il quale il piccolo diabetico si muove, tutelato sì, ma libero, libero di fare, giocare, studiare, vivere una propria normalissima esistenza.

In conclusione, ciò che aneddoticamente narriamo nel primo capitolo, con i toni e i sapori di un tempo ormai lontano, non deve accadere più.

Vorremmo ringraziare tutti coloro che vivono in prima fila il problema del diabete giovanile, ogni giorno, in silenzio, lontano dagli echi della cronaca o dai sacri libri di testo offerti dal business della medicina.

Vogliamo ringraziare la classe docente che, con onestà e fatica, si confronta quotidianamente con problematiche sanitarie e familiari assai lontane da ciò che la legislazione impone loro come competenza professionale.

Ci rendiamo conto che la nostra storia è eccessivamente idilliaca e che molti problemi non possano essere risolti sulla carta, romanzando ciò che la realtà, più duramente, propone ogni giorno.

Una realtà difficile sia per gli insegnanti sia per i medici. Per viverla c'è la necessità di inseguire le proprie convinzioni, traducendole, se possibile, in progetti realizzabili. D'altra parte, così come uno dei personaggi tratteggiati in questo libricolo sostiene, com'è possibile vivere senza sogni? Se questo nostro sforzo ha fatto in modo che non solo di sogno si tratti, bensì di realtà, di nodi sciolti, di soluzioni agli aspetti che la vita di un soggetto affetto da diabete ti pone ogni ora, ogni mese, ogni anno, bene: lo scopo prefissato è stato raggiunto.

Il libro è dedicato ai nostri ragazzi diabetici e ad Antonietta La Mantia.

Riccardo Lera

Servizio di Diabetologia Pediatrica

Unità operativa di Pediatria

Azienda Sanitaria Ospedaliera

SS Antonio e Biagio e Cesare Arrigo - Alessandria

Sandro Rigardo

Responsabile Unità operativa di Pediatria

ASL 22 Acqui Terme - Novi Ligure

Una storia da non raccontare...

"Armellini".

"Presente".

"Bartolomei".

"Presente".

"Bottini".

"Presente".

"Carduzzi".

"Presente".

"Diotallevi".

"Presente".

L'appello di quel 5 maggio 1975 continuò senza soste. Non c'erano assenti quella mattina. Anche Alessia Diotallevi c'era e al maestro Quercetti corse un brivido lungo la schiena. Quarantenne, altissimo e magro come il torsolo di una mela, lenti spessissime da miope, il giorno prima aveva visto quella poveretta sentirsi male come non gli era capitato di vedere ad alcuno fra i suoi alunni, in vent'anni di onorata carriera. L'aveva vista afflosciarsi su se stessa, pallida e sudata, bianca come un lenzuolo di lino stazonato, rovesciare gli occhi e poi iniziare a tremare come solo ad un suo zio epilettico aveva visto fare.

S'era dovuto mettere ad urlare a squarciagola lungo il corridoio, perché Mascelli, il bidello, accorresse immediatamente. Poi aveva mandato Zanetti, la capoclasse, affinché gli portasse dal bagno una pezzuola intrisa d'acqua e, sgomento, s'era piegato sulla ragazza. La chiamava, cer-

cava di scuoterla, ma niente: quella era più sorda di un muro di pietra, e tremava, tremava.

Rintracciato dal Mascelli, che tutti i numeri di telefono del paese sapeva mandare a memoria, il dottor Lancieri, basso e tarchiato, le guance di fuoco, era giunto qualche minuto più tardi, poiché fortuna aveva voluto che a quell'ora fosse intento a giocare a tressette nel bar da Concetta, situato a cento metri dagli edifici scolastici. Lancieri s'era chinato sulla scolara, le aveva cacciato a forza in bocca qualche busta di polvere bianca, e lei, a poco a poco, smise di scuotersi, riprese un po' di colorito e poi, sollecitata con qualche piccolo schiaffo dal medico, alla fine ruppe quel silenzio maledetto.

"Dottore, che ci fa qui?" strascicò.

"Niente, Diotallevi, non ti preoccupare. Lo sai che ti è successo?".

La ragazza stette zitta, senza smozzicare parola.

"Alessia, lo sai o no?" ripeté il medico sempre chino su di lei, chiamandola per nome.

Alessia Diotallevi si guardò intorno, vide le facce stralunate dei suoi compagni e del suo insegnante; poi fissò negli occhi il proprio medico e con mestizia accennò di sì col capo.

"Diotallevi, adesso ti porto a casa, ma guai se ti pesco ancora senza ciò che ti occorre, d'accordo?". La ragazza annuì nuovamente.

Lancieri sollevò la ragazza e chiese che gliela accompagnassero alla macchina. Mascelli aiutato dalla moglie, anche lei accorsa per via di tutto quel va e vieni, sostenne la Diotallevi fino all'auto del condotto. Questi, raccolta la borsa, chiese di potersi lavare le mani. Il maestro lo seguì fino al bagno docenti che gli aprì, perché ne possedeva la chiave.

"Dottore è cosa grave?".

Lancieri non rispose, mentre scuoteva le mani bagnate nel lavandino.

"È cosa infettiva?".

Il dottore si guardò intorno a cercare l'asciugamano e trovatolo si strofinò le mani con energia.

"Epilessia?" azzardò l'insegnante.

"No!" rispose crudo il medico.

"No?" fece incredulo il Quercetti.

"No, Quercetti! Dia-be-te!" gli soffiò in faccia quell'altro.

"Diabete? A quell'età? E che le avete messo in bocca per risvegliarla così?"

"Zucchero".

"Zucchero?!" allargò gli occhi il povero maestro "a una diabetica?"

"Sapete cosa vi dico maestro Quercetti?", rispose il medico riponendo l'asciugamano sul lavandino, "Forse è meglio che parliate con i genitori, se non l'avete mai fatto prima".

E raccolta dall'ammattonato la sua valigetta, le mani linde come Ponzio Pilato, se ne uscì dalla scuola.

Il maestro tornò a casa. Si rammaricava di quanto ignorasse sul diabete giovanile. Prese l'Enciclopedia universale che possedeva.

"Dia, dia", – scorreva il suo dito lungo le righe del volume –

"Dhaka, Dharma, Dhaulagiri, diabase, diabete: eccolo!".

Era rimasto troppo scosso da quanto era successo e le parole del medico non erano state di alcun conforto.

"Diabete, dal greco diabaino, letteralmente passare attraverso e mellito, dal latino mellitus, dolce" lesse a voce alta.

Venne a sapere che la malattia consisteva, come sintomi, in una sete intensissima e in una minzione continua. Già da secoli, di fronte a un soggetto con minzioni abbondanti, i medici assaggiavano l'urina per capire se si trattava di diabete insipido o mellito. Proseguì la lettura strizzando le palpebre.

"Il diabete mellito, malattia del ricambio, consiste in un'alterazione permanente del metabolismo degli zuccheri, dovuta a insufficiente produzione di insulina.

Esiste predisposizione ereditaria; il malato, che viene

curato con insulina, presenta glucosio nelle urine e glicemia elevata. Se la malattia è trascurata o la cura impropria possono sopravvenire il coma iperglicemico o il coma ipoglicemico”.

Chiuse il volume. La sua fonte di informazione non aggiungeva altro. Rimase deluso. Si rincuorò, non senza qualche imbarazzo, pensando che la povera Diotallevi di lì a un mese sarebbe passata alle medie e di lei non avrebbe più dovuto preoccuparsi.

Il “caso” Alessia

Venticinque anni più tardi Quercetti era ormai prossimo alla pensione. Il medico scolastico, effettuata la visita, gli si avvicinò chiedendo di potergli parlare.

“Mi dica caro dottore”.

L'altro fu brusco: “Senta lo sa che uno dei suoi allievi è diabetico?”.

“No accidenti! Chi è?”.

“Be', il segreto professionale me lo impedirebbe, ma sa, in casi del genere... se andasse in ipoglicemia... i genitori non le hanno detto niente?”.

“Francamente no” rispose Quercetti, ansioso.

“Si tratta di Alessia Migliorini” disse il medico a voce bassissima. Il maestro si sentì il viso di fuoco.

“Diotallevi” - mormorò - “Alessia, come la Diotallevi! Fu una mia alunna, tanti, tanti anni fa. Senta dottor... ?”.

“Silvestri”.

“Senta dottor Silvestri, la ringrazio. Vedrò di parlarne con mio figlio”.

“Scusi, perché, chi è suo figlio?”.

“È il dottor Eugenio Quercetti; avrò più o meno la sua età, forse qualche anno in più, non vi conoscete?”.

“Perbacco, il pediatra!” sbottò Silvestri “Un ottimo medico sa?”.

“La ringrazio” rispose il maestro arrossendo “è un buon ragazzo”.

Si strinsero la mano e si salutarono. L'insegnante s'allontanò

pensoso. Doveva cercare Eugenio il più presto possibile. Ancora a scuola, in un'ora solitamente riservata ai colloqui con i genitori ma di fatto vuota in quella parte dell'anno, Quercetti rintracciò il figlio per telefono. Compose il numero nutrendo scarse speranze.

Invece...

"Incredibile, sei a casa!" esclamò il maestro.

"Sì papà, non per molto, in verità...".

"Ti dispiacerebbe dare aulica udienza a quel povero rincitrulito di tuo padre, sempre che tu non debba essere tra un'ora in ospedale e fra due a Londra e domani...".

"È il mio lavoro, lo sai. Comunque anche se la cosa non ti sorprenderà, sto finendo un lavoro sulle metilmalonicoacidemie, che devo presentare domani, non a Londra ma a Venezia ad un congresso. Tornerò fra tre giorni e poi... vorrà dire che mi darò alla geriatria!".

"Ha, ha, ha" gracchiò il maestro "vedo che come senso dell'humour sei sempre in forma. Mi farebbe più piacere un nipote, ma capisco, le metilcomecavolechiami...".

"Non so chi dei due sia più in forma a proposito di umorismo e sarcasmo. Dài, ti aspetto fra quattro giorni... venerdì pomeriggio. D'accordo?".

Per fortuna la conversazione finì un attimo prima dell'arrivo della Marani.

Saputo (ma quella era una scuola o una edizione del Grande Fratello, si chiedeva spesso il maestro) che nel plesso era sorto 'un caso', la Marani, insegnante di inglese, non se lo era fatto scappare.

Entrò in sala insegnanti a passo talmente svelto e, si sarebbe detto, marziale che, prima di fermarsi, l'aveva percorsa già per metà in lunghezza. A voce inutilmente alta proclamò "Tutto risolto".

"Risolto cosa?", chiese un po' stupito Quercetti.

"Il caso Migliorini", sbuffò la Marani come se stesse parlando a un vecchietto dell'ospizio, "ho parlato con il direttore della ASL; anche il preside è d'accordo. Faremo una riunione:

interverrà il medico che segue la Migliorini, dirigente della struttura diabetologica dell'aziendasanitaria locale (alla Marani piacevano le parole composte da dieci o più sillabe) alla quale fa riferimento la nostra alunna".

Quercetti non riuscì a nascondere l'espressione perplessa. A onor del vero non ci provò nemmeno. Come responsabile del plesso scolastico dove insegnava Quercetti, la Marani era insieme una collega e una 'superiore'. Ma la pensione era vicina e Quercetti non aveva certo problemi di carriera. "Mio figlio, come sai, fa il pediatra e..." iniziò debolmente Quercetti, subito interrotto. "Tuo figlio è un caro ragazzo, ma qui ci sono delle re-spon-sa-bi-li-tà", sillabò la Marani. "E dobbiamo essere informati in forma uf-fi-cia-le da chi ha la competenza i-sti-tu-zio-na-le per farlo. Per fortuna non sarà difficile. Dovremo solo fare un 'interclasse' in più, alla presenza dei soli docenti". E senza attendere risposta, con il suo passo militare lasciò l'aula.

Le crisi ipoglicemiche

“Lei, professore, sarà più comodo a sedersi vicino alla lavagna”, disse la Marani. Entrando si erano diretti ambedue istintivamente verso la cattedra.

Lucilla Marani era fatta così, fiduciaria della scuola elementare Mameli, vicepresidente della comunità montana, già consigliere in provincia, e in giunta al comune praticamente dall’adolescenza, ‘la Marani’, oltre a essere considerata la migliore insegnante della scuola, non si lasciava intimidire da nessuno.

Nemmeno dal professor Romano Trabucchi, libero docente e direttore del centro di diabetologia del capoluogo, che aveva in cura Alessia.

Non ancora seduta, la Marani aprì la riunione col tono delle grandi occasioni. “A nome del Preside e dei colleghi, ringrazio il professore che si è scomodato”, esordì la Marani, tacendo che a farlo ‘scomodare’ erano state le sue pressioni presso il direttore della ASL, una vecchia conoscenza in provincia, “per aiutarci a capire che tipo di supporto socio-psico-pedagogico possiamo dare ad Alessia”. Il che, tradotto nel suo gergo, suona “quali problemi può crearci avere uno studente diabetico in classe”.

“Questi docenti rampanti: buoni e bravi a riempirsi la bocca di parole”, commentava fra sé e sé Quercetti, “poi quando c’è qualcuno che ha bisogno di sostegno, se la fanno sotto”.

Già, perchè quando era emerso che Alessia Migliorini, iscrit-

ta al primo anno della scuola elementare, aveva il diabete, la reazione era stata solo di paura.

Romano Trabucchi si sentiva a disagio in quella scuola elementare. Ricordi di una carriera scolastica iniziata male per una dislessia mai confessata. Non sapeva che tutti davanti alla Marani finivano per sentirsi come un bimbetto impreparato a una interrogazione.

Tanto per metterlo ancora più in difficoltà, visto che questo era comunque un consiglio di interclasse tecnico, la Marani iniziò a trattare alcuni temi di secondaria importanza. Finiti i quali passò rapidamente dal gergo socio-psico-didattico a quello di ogni giorno.

“Professore, in quali situazioni rischiamo di trovarci? Potremo gestirle? E sul piano scolastico dobbiamo assegnare ad Alessia obiettivi... meno impegnativi rispetto ai suoi coetanei?”.

“Rischi?”, finse di non capire Trabucchi, “ah, lei intende le crisi ipoglicemiche. Ma prima mi faccia rispondere all’ultima domanda. Un bambino o ragazzo con il diabete è perfettamente eguale a un suo coetaneo. Il diabete non implica, né direttamente né indirettamente, alcun ritardo o svantaggio mentale. Credo anzi che lo danneggereste assegnandogli, come dite voi, obiettivi meno ambiziosi”. “Quanto all’ipoglicemia... spieghiamo innanzi tutto cosa è”, continuò Trabucchi alzandosi (non era molto alto, appena un filo di pancetta e una dignitosa calvizie sopra gli occhiali firmati). Ora si sentiva meglio. Dopotutto era riuscito a spiegare queste cose a genitori in ansia, a giornalisti distratti, a infermieri sospettosi... gli insegnanti non saranno peggio, pensava cercando di rincuorarsi.

“Il pancreas del paziente con diabete di tipo 1 non produce più insulina. L’insulina ‘scioglie’ lo zucchero che c’è nel sangue e lo fa entrare nelle cellule. Senza insulina lo zucchero rimane nel sangue, la glicemia, da glucosio = dolce e ema = sangue, diviene quindi molto alta e danneggia l’organismo.

Il paziente deve allora assumere l'insulina con delle iniezioni. A quel punto il rischio è l'opposto, non più troppo glucosio, iper-glicemia, ma poco glucosio: ipo-glicemia. Loro mi seguono vero?", continuò. Rivolgersi a una platea dando del 'loro', un pronome desueto ed elegante, era un trucco che aveva imparato all'università.

"Sicché l'ipoglicemia è una malattia creata dalla medicina", riassunse la Marani un po' seccata da quel tono eccessivamente cattedratico. In fondo molti in quella stanza erano laureati, lei per esempio.

"L'ipoglicemia non è una malattia, è una situazione nella quale può trovarsi il paziente che abbia assunto troppa insulina rispetto al glucosio ingerito", rispose piccato il primario, che si fece passare dalla propria assistente (Trabucchi non si spostava mai senza qualche assistente da usare come autista) un foglio che riportava i sintomi e i rimedi della crisi ipoglicemica. Come il maître di un ristorante di lusso, la giovane ne consegnò una copia a tutti i presenti e ne appoggiò una, più grande, sulla lavagna luminosa. Indicando punto per punto il professor Trabucchi cominciò ad illustrarla.

Ipoglicemia

Definizione:

glicemia sotto i 60 mg/dl.

Cause:

- Somministrazione di una quantità eccessiva d'insulina rispetto alla quantità di cibo ingerito.
- Ritardo del pasto dopo la somministrazione d'insulina (più di mezz'ora con la rapida tradizionale, molto meno con l'analogo).
- Troppa insulina lenta ancora in fase attiva.
- Omissione degli spuntini a metà mattina, a merenda e prima di coricarsi (tuttavia la necessità di ricorrere agli spun-

tini è da mettersi in relazione con lo schema insulinico adottato).

- Attività fisica esagerata.

Prevenzione:

Somministrazione di insulina nella quantità dovuta (nel dubbio autocontrollarsi con la determinazione della glicemia e della glicosuria).

Alimentazione adeguata come quantità, bilanciata qualitativamente.

Attività fisica adeguata.

Avere con sé, sempre, il refllettometro e zuccheri semplici.

Sintomi:

Tremori, palpitazioni, fame, mal di testa, vista confusa.

Segni:

Cambio d'umore, irritabilità, sbadigli, deficit d'attenzione, sonnolenza, incubi notturni, perdita di coscienza.

Terapia:

Zucchero (qualche zolletta), alcune caramelle, latte o bevande zuccherate.

Non avere paura di confondere l'ipoglicemia con l'iperglicemia.

Se necessario ricorrere al glucagone (una fiala intramuscolo).

Nel dubbio, soprattutto nell'impossibilità di controllare tempestivamente la glicemia, comportarsi come descritto.

Successivamente, fatti i necessari controlli, consolidare i livelli glicemici a valori accettabili con zuccheri complessi.

"Sarebbe sicuramente piacevole e - credo - interessante dilungarci su tutti i complessi aspetti di questa patologia endocrina", continuò Trabucchi una volta terminata la spiegazione, con l'aria di chi si sta accomiatando, "ma non mi pare il caso di abusare della Vostra ospitalità. Loro hanno domande?".

Il tono non invitava esattamente ad aprire una conversazione, ma Quercetti non riuscì a fermare una esclamazione che pensava di aver fatto fra sé e sé: "Tutto qui?".

Per la seconda volta in meno di un'ora, Trabucchi fu preso in contropiede. Ma come! Per fare un favore al direttore dell'ASL spreca un pomeriggio per recarsi in una scuola elementare in provincia. Poi si fa prendere per il naso da una vice qualcosa e infine si sente apostrofare da un vecchio incartapecorito come se fosse un alunno malpreparato chiamato alla lavagna! "Cosa intende dire, mi scusi?", chiese per prendere tempo.

Quercetti si accorse che forse aveva esagerato e corresse il tiro. "Intendo dire; è davvero solo questo che dobbiamo sapere?" "Be'... la questione è ovviamente articolata e complessa: sul diabete di tipo 1 vengono scritti ogni anno diverse centinaia di articoli... sicuramente gli insegnanti fanno parte del 'team' che nei fatti è chiamato a seguire un bambino con il diabete, insieme a genitori, pediatri di base e ovviamente al nostro Centro. Ma credo che ciascuno per dare il meglio di sé debba avere le nozioni delle quali può fare uso..." rispose Trabucchi che stava cominciando a innervosirsi.

Ora era pentito di aver portato con sé quell'assistente. Già immaginava i commenti dell'indomani in corsia... "In concreto, signori miei. Cosa vi serve sapere? Come identificare e risolvere una crisi ipoglicemica? I segni li abbiamo visti: senso di fame, nervosismo, calo della concentrazione, sudore e tremore... più o meno in questo ordine. Come si interviene? Dando subito al paziente due o tre zollette di zucchero, meglio ancora, una bibita zuccherata...".

L'assistente al suo fianco stava cercando con gli occhi di attirare la sua attenzione. Trabucchi si fermò e questa mormorò: "Ci sarebbe il glucagone".

Andiamo bene, ora si mettevano anche a suggerirgli cosa doveva dire, pensò il professore. In ogni caso era una buona idea. Generalmente bastava parlare di iniezioni e subito tutti si prendevano paura e chiudevano la questione.

"...qualora, e solo qualora, la crisi sia in uno stadio avanzato e il paziente abbia perso coscienza e non sia più in grado di ingerire lo zucchero, si può praticare una iniezione intramuscolare di glucagone".

La collaboratrice, previdente, ne aveva portata una fiala in un contenitore termico e la mise sul tavolo.

"Avete un frigorifero?" chiese rivolgendosi alla Marani sperando di coglierla impreparata.

"Certamente", rispose questa come se fosse la cosa più ovvia. Da qualche parte doveva pur esserci o comunque lo avrebbe fatto saltar fuori, il frigorifero.

"Il glucagone deve essere mantenuto il più possibile fra i 3 e i 12 gradi. Sono confezioni monouso... siringhe già preparate. Bisogna solo aprirle e iniettarle. Il farmaco equivale a una iniezione di glucosio: ha un effetto immediato e non ha controindicazioni. Non preoccupatevi troppo di come iniettarlo: il glucagone fa effetto anche se la sede dell'iniezione non è quella ideale o se per sbaglio si inietta il farmaco in un vaso sanguigno. Questa ve la possiamo lasciare", disse indicando la valigetta termica e la siringa, "la confezione scade fra un anno esatto".

Come previsto dal professor Trabucchi la prospettiva di fare un'iniezione ad un bambino in stato di incoscienza, forse addirittura con delle convulsioni, non piaceva a nessuno degli astanti, a parte Quercetti che durante la guerra aveva visto fare ben di peggio da suo padre che, dopo l'8 settembre, aveva curato e medicato, come capitava, partigiani e imboscati.

Tutti tirarono un sospiro di sollievo quando Trabucchi concluse: "Tuttavia, i bambini di questa età si accorgono molto presto dei segni di ipoglicemia, oso dire che non solo Alessia, ma tutti i nostri pazienti sono ben controllati, quindi... l'eventualità che voi dobbiate aprire questa confezione è assai remota. Lo zucchero però tenetelo a portata di mano. Quello sì". Salutando con affabilità Trabucchi guadagnò l'uscita.

La Marani era soddisfatta. Il 'caso' era risolto nel migliore dei modi: "Il consiglio di interclasse", avrebbe scritto, "avendone fatta precisa richiesta, è stato oggetto di un intervento formativo specifico, autorevole e apicale da parte della Struttura in prima istanza addetta".

Quercetti però non era convinto, raccolse il pastrano, se lo infilò lungo le scale, e camminando verso l'abitazione del figlio cercò di spiegarsi perché.

Forse era l'età, forse era una forma mentis, ma questo approccio "pratico" non lo convinceva. Un conto era la guerra o la montagna, quando ci si improvvisava medici e si legavano assi alle gambe a mo' di ingessatura. Un conto era la realtà di oggi. Bastava sapere due formulette? E poi in quella riunione sembrava che gli insegnanti dovessero... sì, era proprio così, volessero "difendersi" da Alessia. Più che un alunno da seguire come gli altri, forse più degli altri, Alessia era divenuta una minaccia, una re-spon-sa-bi-li-tà aveva scandito la Marani.

Minaccia che era stata evitata grazie a questo intervento "autorevole e tarato sulle specifiche esigenze del corpo docente".

No, Quercetti non era contento. Voleva sapere di più, voleva sapere le cose dalla A alla Z, voleva capire. Le formulette andavano benissimo, per carità, molti colleghi avevano mille cose da fare e pensò ad Agresti, l'insegnante di educazione motoria, che lo aveva superato correndo sulle scale per raggiungere la palestra fuori paese della quale di fatto era proprietario. Agresti... alla riunione c'era e aveva preso degli appunti che avrebbe riletto chissà quando.

Ma lui, Quercetti, aveva tempo e soprattutto aveva Eugenio. Poteva fare di più, poteva e doveva capire di più. Soprattutto voleva farlo. Entrato nella casa di Eugenio e accomodatosi alla bell'e meglio su una sedia dello studiolo, resa sgombra per l'occasione da libri, dispense, cd-rom... Quercetti padre spiegò:

"Vedi, Eugenio, ho una bambina diabetica in classe di nome

Alessia; voglio sapere qualcosa su quella malattia. Venticinque anni fa con un'altra Alessia, anch'ella diabetica, un tuo collega mi piantò in asso come un allocco e io non ho più la forza di sopportare una simile responsabilità, cavandomela gridando aiuto ad un bidello. Oggi è venuto a scuola, forse lo conosci, il professor Romano Trabucchi...".

Eugenio emise un fischio di stupore, "...ci ha dato un foglio con alcuni concetti, formule importanti, certo, ben riassunte. Ma io voglio sapere come aiutare questa bambina, non voglio solo sapere come difendermi da una responsabilità. Voglio che mi spieghi con parole semplici ogni cosa dalla A alla Z. Insomma, tanto per iniziare, perché a uno piove in testa il diabete?".

Il dottor Eugenio Quercetti, un po' più basso di statura del padre, ma pur sempre alto, anch'egli magro ed occhialuto, stese le gambe fra due enormi pile di volumi. Guardò il padre quasi con tenerezza, colpito dal fatto che il tempo aveva ribaltato la situazione. Lui era l'insegnante e come discepolo aveva incredibilmente davanti suo padre, da sempre in paese il maestro per antonomasia.

"Perché viene il diabete. Bella domanda" – sospirò il medico – "vediamo se riesco a ripulirmi del mio linguaggio abituale per provare a risponderti".

"Ecco, bravo, vedo che hai capito".

"Il diabete, quello che in medicina ha recentemente preso il nome di T1DM, diabete mellito di tipo 1, quello che, tanto per capirsi, necessita dell'insulinoterapia, non riconosce un'unica causa. Ha un'eziologia multifattoriale...".

"Piano" lo frenò il padre.

"Ok papà. Volevo dire..." S'interruppe per cercare meglio le parole.

"Un soggetto affetto da questa malattia non può più produrre da solo insulina, la sostanza che mantiene nei soggetti sani la glicemia, lo zucchero nel sangue, entro valori normali. All'interno del pancreas, una ghiandola posta dietro allo stomaco e deputata a compiti digestivi, si trovano grup-

pi di cellule, dette isole di Langerhans. Queste isole hanno la funzione di produrre insulina, una sostanza che, poco dopo aver mangiato, riporta la glicemia, innalzata per gli zuccheri ingeriti, semplici o complessi che siano, a livelli normali. Nel diabetico questo meccanismo non esiste perché le isole sono state praticamente distrutte. E dunque zuccheri semplici, come quello che utilizzi per dolcificare il caffè... a proposito ne vuoi un po'?"

"No, no, vai avanti" gli rispose il padre concentratissimo.

"Dunque dicevo, zuccheri semplici come il saccarosio, oppure complessi come gli amidi contenuti nel pane, nella pasta, nelle patate, fanno schizzare la glicemia in alto, senza alcun freno".

"E perché 'ste benedette isole in un diabetico non ci sono più?"

"Ci arrivo. Credo tu abbia sentito parlare del progetto genoma".

"Sì, è la mappatura dei cromosomi contenuti nel nucleo delle cellule umane".

"Bravissimo. Un lavoro enorme. Quarantasei cromosomi, costituiti da pezzettini detti geni, probabilmente in un numero fra i 50 e i 100.000. Ora, i cromosomi assomigliano più o meno a delle X, tuttavia le braccia delle X non sono mai uguali, ci sono quelle più lunghe e quelle più corte; sul braccio corto del cromosoma 6 esiste una regione, formata da un gruppetto di geni, detta HLA di tipo 2. Questa regione ha molte funzioni. La più importante è che regola la risposta immunitaria, cioè la capacità di difendersi dalle malattie infettive. In alcuni soggetti il sistema HLA non è, come dire, ben oliato, presenta alcune piccole particolarità e nulla succederebbe a meno che..."

"A meno che..." lo incalzò il padre.

"Ricordi cosa succedeva durante la guerra quando le SS s'incavolavano con i parenti dei partigiani? Le loro case venivano segnate con una croce dipinta sulla porta. Poi arrivavano questi killer e chi aveva la porta segnata si vedeva bruciare la

casa. Quella croce è la caratteristica del sistema HLA che un diabetico presenta e dunque...”.

“Ma allora” lo interruppe il padre “tutti coloro che hanno quel tipo di HLA hanno il diabete?”.

“No papà, non hanno il diabete, hanno solo il rischio di svilupparlo. Può capitare che il killer non lo incontrino mai e dunque pur essendo marcati conservino le proprie isole di Langerhans come quelle di un soggetto normale. Diversamente, se il killer li becca, paff, addio isole! E questo non perché sia il killer a colpirle, no. Succede una cosa assurda; l’organismo vittima, con questo HLA particolare, nella foga di difendersi non produce anticorpi contro il virus, bensì spara sulle sue isole, producendo autoanticorpi contro di queste! Tornando all’esempio: chi ha la propria casa contrassegnata, incredibilmente la brucia con le proprie mani all’arrivo del nemico”.

“Ma questo benedetto killer si sa chi è?”.

“Purtroppo no. Il guaio è che non si tratta di un solo tipo di virus – killer, bensì di un gruppo notevole. Alcuni sono noti, altri no. Se il virus fosse stato uno solo il problema sarebbe stato più semplice. Si sarebbe cercato un vaccino come per il vaiolo o la polio, ma in questo caso non è possibile. E molti ricercatori incolpano oltre i virus anche qualche alimento, qualche farmaco, ecc.

Per riassumere quanto ti ho detto, l’eziologia, la causa del diabete è multifattoriale, perché vi è la necessità di una componente genetica che venga impattata da una causa ambientale”.

“Anche il nome di battesimo?” disse l’insegnante un po’ scherzando, un po’ soprappensiero.

“No, non credo che il nome di battesimo possa essere considerato una causa ambientale. In ogni caso il problema di Alessia è diverso dal diabete di tipo 2, quello che si cura con le pastiglie, come fa zia Maria. Lì l’insulina c’è, ma è un po’ moscia, stanca. Le pastiglie la rinforzano, l’aiutano; sono per questa sostanza come dei ricostituenti. Bon.

Lo gradisci ora un caffettino?" chiese garbatamente il dottor Quercetti.

"Perché no? Tanto questa volta non mi scappi. Fino alla Omega voglio arrivare!".

Come sta un diabetico

“Ma quanto zucchero ci metti papà?” disse Eugenio a suo padre che stava abbondantemente dolcificando il suo caffè.

“Quattro” rispose l’altro, mentre girava il cucchiaino dentro la tazzina “amaro il caffè non mi piace”.

“Amaro?” lo incalzò ridendo il figlio. “Poi mi toccherà misurarti la glicemia”.

“Per carità, buchi e iniezioni stiano ben lontani da me!” affermò deciso Quercetti padre.

“Ti servirebbe per capire di più che cosa accade ad un diabetico!”.

“Poverino!”.

“Guarda papà” sciolò il medico “se c’è una cosa che mi irrita è definire in quel modo un diabetico!”.

Il maestro, rimasto un po’ sorpreso dallo scatto del figlio, finì di bere il suo caffè e poi commentò:

“Non potrai certo dire che siano persone fortunate!”.

“E questo che cosa vuol dire?” proseguì con lo stesso tono il dottor Quercetti. “So già dove vanno a parare questi toni di commiserazione da libro Cuore”.

Il silenzio cadde fra i due. Il medico fissò il padre e nervosamente intrecciò le dita delle mani facendole scrocchiare.

“Scusami papà! Lo so che tu non lo penseresti; ma vedi, dietro quel “poverino” troppe volte, persino nella classe medica, ho intravisto il marchio indelebile della diversità, della non possibilità, persino dell’handicap. Un bambino diabetico è invece un essere normalissimo cui può e deve

essere consentita ogni attività, come ad un suo coetaneo. Stessi diritti ed anche stessi doveri: può giocare, divertirsi, andare, e questo te lo sottolineo, in gita scolastica, ma anche studiare, impegnarsi, fare i compiti, essere educato". Eugenio Quercetti si fermò per un attimo; guardò il padre intento a testa china fissare il pavimento. Ricompose il tono della voce: "Certo, qualche piccola precauzione bisogna prenderla!".

Il maestro annuì col capo:

"Per la verità anche Trabucchi ci aveva messo in guardia da simili apprezzamenti. Comunque Eugenio sei in gamba. Son contento di te" e lo guardò con ammirazione sincera mentre l'altro arrossiva. Poi, fatta una pausa, cercò di rianodare il filo del discorso:

"E quali sarebbero le cautele da prendersi?".

Il figlio s'alzò dalla sedia, ritirò la tazzina del padre per riporla sopra la sua.

"Prima di risponderti forse è meglio che ti spieghi quali sono i sintomi della malattia diabetica". Si risedette. "Vediamo un po' d'andare con ordine".

Si grattò la testa, giunse le palme delle mani e poi guardò il soffitto.

"Dunque, abbiamo visto come un diabetico sia incapace di produrre insulina. Dopo un pasto la glicemia gli s'innalza fino alle stelle. Uno dice: gli si riabbasserà. Non è vero e, a parte casi gravi di cui poi ti dirò, c'è un organo cui questa situazione non garba per nulla: il rene".

"Perché?" chiese il maestro.

"Tu immagina il rene come un filtro, un setaccio. Al suo interno passa il sangue, lo ripulisce delle scorie che, grazie alla pipì, il suo distillato, elimina dall'organismo. Invece le sostanze buone quelle no, quelle le deve trattenere, altrimenti che buon setaccio sarebbe? Lo zucchero è una sostanza che al nostro corpo serve, eccome, e poi vedremo perché normalmente la trattiene. Ma quando questo, senza alcun controllo insulinico, si innalza a valori elevati, il rene

non riesce più a trattenerlo, passa direttamente nelle urine che assumono un sapore dolce, mielato. Diabete mellito per l'appunto".

"Ho capito! E qual è il valore soglia per cui il rene non trattiene più lo zucchero?".

Il medico guardò il padre con gli occhi sbarrati:

"Perbacco, da quando in qua conosci un termine medico così preciso?".

"Perché, che ho detto di così speciale?" rispose il maestro.

"Perché il valore soglia è proprio il termine tecnico che noi medici usiamo per stabilire quando un rene trattiene o no lo zucchero. Complimenti, soprattutto se detto senza specifiche conoscenze! Comunque il valore soglia è variabile da soggetto a soggetto, ma, all'incirca, si aggira intorno ai 180 milligrammi di glucosio ogni 10 centilitri di sangue. Superato questo limite, lo zucchero che passa il setaccio renale trascina a sé una gran quantità d'acqua: ecco spiegato il primo sintomo del diabete, la poliuria, cioè la necessità di urinare abbondantemente. Ne consegue direttamente il secondo, la polidipsia, cioè la gran sete, la grande voglia di bere la quantità d'acqua persa; una voglia che nei soggetti non trattati non si estinguerà mai, perché purtroppo, per quanto uno beva, le perdite non sono mai compensate".

Il maestro tossicchiò dolcemente. Suo figlio aveva nuovamente gli occhi piantati verso il soffitto:

"Veramente interessante figliolo, ma ti dispiace smettere un attimo? Dovrei andare in bagno". Il dottore guardò suo padre:

"Cos'è, hai il diabete anche tu? Dopo quattro cucchiariate di zucchero, ti scappa la pipì?".

"No Eugenio" rispose il maestro. "Sei un ottimo pediatra e diabetologo, ma come geriatra nutro qualche dubbio. Mai sentito parlare di prostata?".

E lasciato il medico di sasso si diresse solennemente verso la porta del bagno.

"Papà" – iniziò il medico – "se questa la vengono a sapere in ospedale, sono rovinato!". E continuò a ridere come un matto. Poi fattosi serio improvvisamente: "Ma davvero hai difficoltà a mangiare?".

"Eugenio, non parliamone. È roba d'età e basta, che io a sentir parlare di urologi... mi cala l'appetito e perdo dieci chili di botto".

"Ci mancherebbe ancora che tu perdessi dieci chili, magro come sei! Però così dicendo mi hai fatto venire in mente la terza manifestazione clinica del diabete: un violento calo ponderale" rispose il medico.

"E perché?" disse il maestro risedendosi in poltrona.

"Intanto piantiamola lì con il fatto di chiamare genericamente zucchero la sostanza che ci circola nel sangue. Diamole il suo nome: glucosio!".

"E così sia" borbottò bonariamente l'altro.

"Il glucosio a che serve?".

"Questa la so. La s'insegna in quarta, quinta elementare. È il cibo preferito dalle cellule!".

"Esatto. Il glucosio, insieme all'ossigeno, è l'alimento necessario alle cellule affinché possano sopravvivere. Ma...".

"Ma?" gli fece eco Quercetti padre.

"Ma mica possono mangiarselo così come vogliono. Ai ragazzi diabetici s'insegna la solita similitudine della chiave che serve ad aprire una porta; tu immaginatela come vuoi: che la cellula abbia bisogno di coltello e forchetta! Insomma senza posate o senza chiavina che faccia aprire la bocca alla cellula, questa non mangia".

"Ah, e che fa?".

"Come i poveracci. S'aggiusta. Inizia a mangiare sostanze che non dovrebbe, come grassi e proteine. E così si dimagrisce. La cosa è ancor più evidente in casi come questo, perché uno, urinando tanto, tende a disidratarsi. E dunque appare ancor più magro di quanto non sia. Ma non è tutto".

"Perché, che altro può succedere?" chiese il maestro.

Eugenio, fino ad allora rimasto in piedi, si risedette pesantemente.

“Succede che i grassi sono un carburante sbagliato. È un po’ come se tu mettesti del gasolio in una macchina che va a verde. Il motore scoppietta, borbotta, fa fumo, poi alla fine gripa”.

“Cioè?”.

“All’inizio, nelle urine cominci a trovare dei prodotti che solitamente non trovi: i chetoni. Sono sostanze che derivano dalla digestione dei grassi che l’organismo cerca di eliminare, attraverso il rene, perché poco gradite; tossiche insomma. Poi se queste sono troppe e il rene non riesce ad eliminarle, rimangono in giro per il sangue, si diffondono nei tessuti, finché il cervello fa tilt e stacca la corrente!”.

“Non ho mica capito, Eugenio!”.

“Papà, si va in coma, il cosiddetto coma chetoacidotico, dovuto all’eccessiva presenza di chetoni nel sangue, un vero veleno per il tessuto cerebrale. Ti dirò di più. A volte la poliuria (ed in molti bambini un’enuresi improvvisa), la polidipsia, il dimagrimento manco li noti. Il primo sintomo, specie nel bambino, può essere il coma. Un coma iperglicemico, associato a chetoacidosi per l’inopportuna massiva metabolizzazione dei grassi cui le cellule ricorrono per sfamarsi. Fortunatamente, al giorno d’oggi i pediatri di famiglia, con una diagnosi precoce, hanno ridotto i ricoveri per coma chetoacidotico!”. Il medico si guardò intorno, poi, levatisi gli occhiali, si stropicciò gli occhi, tirò un gran respiro e disse:

“Ho finito, papà”.

“Eh, no” protestò suo padre “mi manca, a questo punto l’unica cosa che il professor Trabucchi ci ha spiegato: l’ipoglicemia.”.

Il dottor Quercetti si rimise gli occhiali.

“Ma l’ipoglicemia non è un sintomo del diabete!” grufolò, sorridente.

“Non lo è?” esclamò il maestro.

"No" fu la secca risposta, "Potranno sembrarti distinguo inutili, ma un diabetico non va mai giù di zuccheri da solo. È la sua terapia che lo fa!".

"Spiegati meglio, anche con Trabucchi non...".

"Prima che inventassero l'insulina, un diabetico in ipoglicemia non poteva certamente andarci. Il problema è sorto dopo".

"Cioé?" disse un po' nervosamente il padre del medico.

"Se ne viene somministrata una quantità eccessiva, rispetto a ciò che mangi o rispetto a quello che consumi, l'insulina non solo riporta la glicemia a livelli normali, ma continua ad abbassarla. Se questo accade si inizia a sudare, non si è più ben vigili, si appanna la vista, a scuola si può sembrare distratti. Se la crisi continua si perde coscienza, si va in convulsioni ed infine si entra in coma. Ipoglicemico in questo caso. Come successe, mi pare di ricordare, alla tua alunna più di vent'anni fa; una cosa che non dovrebbe succedere mai, perché è un vero pugno da K.O. per il cervello di un bambino. Ma il rischio è sempre in agguato; si accentua in periodi di particolare stress, durante le malattie febbrili intercorrenti e poi, quando diventano adolescenti, con il fumo e l'alcool. E questo si aggiunge al rischio opposto: l'iperglicemia che, entro certi limiti, non provoca crisi ma provoca malattie delle coronarie e soprattutto microvasculopatie".

"Micro che?" chiese il maestro cui incominciavano ad incrociarsi gli occhi per la stanchezza.

"Si tratta di patologie a carico di organi ricchi di capillari, l'ultima e più piccola diramazione di un'arteria. In pratica i reni, la retina dell'occhio e le dita dei piedi".

Il medico si fermò.

"Papà ti vedo stanco". Il maestro tirò fuori il fazzoletto e si soffiò il naso.

"Un po', Eugenio" ammise il padre.

"Bene, possiamo smettere. Però vorrei farti presente, per ritornare all'inizio del nostro colloquio, che tutto quanto ti ho detto può e deve essere controllato con regole molto

semplici, quali la consapevolezza e la conoscenza della malattia da parte del bambino, la pratica di una vita regolare e il mantenimento di un buon compenso metabolico. Ora dovrei proprio scappare via. Perché non mi vieni a trovare in ospedale domani sera? Sono di guardia; se non capita nulla abbiamo tutto il tempo che vogliamo”.

“Ci sarò! Lezione tre. Spero un po’ più leggera delle prime due”.

“Non esattamente, caro vecchio, mi spiace per te” disse Eugenio aiutando il padre a infilarsi il cappotto.

Il diabetico e la sua terapia

“Cara Cinzia, sono proprio contento che tu abbia accettato di venire” disse il maestro Quercetti “per due motivi. Il primo, molto egoistico, è che di notte a guidare non ci vedo molto bene, il secondo è che è inutile che mio figlio mi spari addosso tutta la sua conoscenza medica se poi siamo in tre a gestire questo bambino. Mi dispiace non sia potuta venire la Marani, ma quella è sempre impegnata”.

Accanto a lui sedeva alla guida l’insegnante Cinzia Cucchiari. Con il ‘modulo’ tre insegnanti lavorano su due classi, oppure quattro su tre, a seconda di come il modulo è strutturato. La figura del maestro ‘unico’ con 24 ore nella stessa classe era stata spezzata, Quercetti non si ricordava nemmeno più da quale riforma e i nuovi orientamenti ministeriali in materia gli apparivano nebulosi. La elementare Mamei, ovviamente, era stata la prima scuola in provincia ad adottare il modulo, allargato all’insegnamento della lingua inglese. Il modulo a Quercetti non era mai piaciuto, anche se non lo ammetteva, fino a quando - fra le colleghe - non gli era capitata la Cucchiari. Giovane, alta, capelli castani lunghissimi, occhi azzurro chiaro come due laghi di montagna.

“Vuoi scherzare, maestro? Mi dispiace di non essere stata presente fin dall’inizio. Alessia è alunna mia come tua. Ma... tuo figlio lo sa che ci sono anch’io?”. Il tu fra colleghi era d’obbligo, ma Cinzia non riusciva proprio a non chiamare Quercetti ‘maestro’. Fra i due correva quasi trentacinque anni di differenza e lui, combinazione, alle elementari era

stato proprio il suo insegnante. Particolare al quale Quercetti gradiva poco che si accennasse.

"No, non lo sa. Non ho avuto la possibilità di avvertirlo. Cercarlo in ospedale è un'impresa titanica. Comunque stanne certa, non gli dispiacerà!".

Con la coda dell'occhio gli parve che Cinzia fosse arrossita, ma forse era stata solo una sua impressione.

Ormai erano giunti nei pressi dell'ospedale della città. Dal paese erano solo venti chilometri, ma per Quercetti quell'inaspettato interesse da parte della giovanissima collega era stato una vera manna per la sua miopia. Inoltre si sentiva contento. La ragazza era in gamba. Un'insegnante con la I maiuscola. Chissà che faccia avrebbe fatto Eugenio nel vederla. Anche perché, professionalità a parte, la Cucchiari era veramente una creatura incantevole.

Arrivati, Cinzia frenò dolcemente. Spense il motore. Scesero e s'incamminarono alla ricerca del reparto di pediatria. Il portiere sembrava un dobermann affamato da diversi giorni, ma il nome Quercetti e il sorriso angelico di Cinzia lo ridussero ad un tenerissimo cucciolotto. Seguendo le indicazioni si trovarono davanti all'ingresso del reparto di Eugenio. Entrarono e l'infermiera di turno li bloccò.

"Sono il padre del dottor Quercetti" disse il maestro. L'infermiera guardò entrambi, sospettosa. Le infermiere sono sempre sospettose, qualche volta a ragione. È la loro natura. "Attenda qui per favore" e, incamminatasi lungo il corridoio, bussò ad una porta pochi metri più avanti.

"Dottor Quercetti, c'è suo padre e, credo, sua sorella" annunciò maliziosamente l'infermiera.

"Come mia sorella?".

Si sentì un rumore di sedia stridere sul pavimento e dopo qualche secondo spuntò l'alta figura di Eugenio, fasciata da un camice bianco inappuntabile.

"Ciao papà!". A passi ampi andò incontro al padre, lo abbracciò poi guardò interrogativamente la bella donna che lo accompagnava.

“Ciao Eugenio, non ti ricordi più di me? Sono Cinzia Cucchiari; mi facevi giocare a palla avvelenata tanti anni fa; sono una collega di tuo padre” disse lei tendendo la mano. Eugenio gliela strinse, incrociò il suo sguardo ed un brivido gli corse lungo la schiena.

“Cinzia Cucc... ma se eri alta così!” disse Eugenio correndo con una mano a un metro dal pavimento.

“Il tempo passa”, fece lei sempre sorridente.

“Cinzia Cucchiari è una mia collega”, disse il padre seccamente a beneficio dell’infermiera che palesemente origliava dalla porta semichiusa; “Anche lei, come me, ha in classe Alessia. Anche lei ha ascoltato quanto ci ha detto il professor Trabucchi, ma vorrebbe saperne di più. Le ho riassunto quanto mi avevi detto l’altra sera, ha letto qualcosa ed... eccoci qui”.

La porta si richiuse senza rumore. Eugenio si accomodò sulla sedia e iniziò:

“La terapia del diabete. Questa sostanzialmente ha inizio con la scoperta dell’insulina nel 1921. Prima di allora ogni diabetico era destinato alla morte per coma chetoacidotico. Le ditte farmaceutiche avviano la produzione di insulina di derivazione animale ad azione cosiddetta rapida, poi si cercano prodotti dove la copertura insulinica non sia così violenta, ma protratta nel tempo. Nascono pertanto negli anni 1930 – 1950 le prime insuline ad azione lenta, la cui attività dura anche dodici – ventiquattro ore. È del 1980 l’utilizzo della prima insulina ottenuta sinteticamente. Infine, nel decennio scorso, si ha la scoperta del cosiddetto analogo dell’insulina, ad effetto rapidissimo. È chiaro?”.

“No. Non capisco la necessità di insulina con tempi d’azione differenti!” fece Cinzia guardando il maestro come per cercare conforto.

“Sì, anche a me Eugenio non è chiaro” assentì il padre.

“Sì, capisco... Ne parleremo dettagliatamente più avanti. Per ora vi basti sapere questo. Un diabetico è senza insulina. Dunque deve affrontare due tipi di problemi. Il primo è controllare la glicemia subito dopo un pasto e dunque ha la

necessità di iniettarsi un'insulina che agisca rapidamente. Il secondo è quello di avere un plafond che mantenga la glicemia a livelli normali, anche lontano dai pasti. Perché un pancreas normale secrene insulina a piccole dosi, anche lontano dai pasti per mantenere un buon compenso glicemico. Vi è dunque la necessità di un'insulina che agisca lentamente, per molte ore al giorno, affinché la glicemia se ne rimanga buona sui suoi livelli di normalità. Ovviamente tutte queste possibilità terapeutiche creano problemi, perché l'azione di un'insulina lenta può sovrapporsi a quella di una rapida. Inoltre giocano nel mantenimento di un buon equilibrio glicemico altre importanti varianti. Un diabetico può mangiare troppo o troppo poco, oppure fare molta attività fisica, e dunque consumare zucchero". Il medico vide i due un po' perplessi.

"Non siete convinti?"

"Sarò una zucca!" disse Cinzia Cucchiarì sbattendo le palpebre.

"No, no" la tranquillizzò Eugenio "sono discorsi complessi, difficili. Proviamo a ripartire. Intanto stabiliamo che la terapia del diabete poggia su tre solidissime gambe: la terapia insulinica, nelle sue diverse sfaccettature che poi vedremo di affrontare meglio, un'alimentazione corretta e una regolare attività fisica. Parliamo di questi ultimi due aspetti. Punto A: l'alimentazione. Un'alimentazione corretta e adeguata rappresenta uno dei cardini della terapia del diabete. In linea generale gli schemi alimentari del diabetico sono sovrapponibili a quelli di un soggetto metabolicamente normale. Per questo motivo, in diabetologia, si preferisce parlare sempre di corretta nutrizione piuttosto che di dieta. Di fatto questa, in un diabetico è, alla luce delle più recenti acquisizioni, un'alimentazione estremamente corretta, anche per chi diabetico non è. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha stabilito linee guida precise. L'apporto in nutrienti – zuccheri, grassi, proteine, vitamine, sali minerali – deve rispettare quantità ben determinate. Attualmente, per gli individui affetti da diabete, si consiglia

un'alimentazione in cui circa il 60% delle calorie totali derivi dagli zuccheri o carboidrati che dir si voglia; questo permette una diminuzione dei grassi nella dieta con riduzione del rischio di malattie cardiovascolari. I carboidrati non raffinati o complessi dovrebbero sostituire i carboidrati semplici nel maggior numero di occasioni, attraverso il consumo di frutta, verdura ed alimenti vari, quali la pasta, il pane, il riso ecc. Ma il discorso è ancor più complesso. In passato la risposta glicemica conseguente all'assunzione di carboidrati era ritenuta variabile solo in funzione dell'appartenenza alla categoria/classe dei glucidi semplici o complessi. Attualmente è risaputo che l'escursione glicemica è spesso indipendente da questa classificazione e varia a seconda della composizione dell'alimento, della sua preparazione e del modo di cottura. Studi recenti suggeriscono che un aumento del consumo di fibre dietetiche possa essere di aiuto nella gestione del diabete. I grassi nella dieta non dovrebbero rappresentare più del 30 % delle calorie totali, prediligendo i grassi vegetali, gli oli, ricchi di acidi mono e polinsaturi a quelli animali – come burro e formaggi – carichi di acidi grassi saturi e colesterolo. Per quanto riguarda le proteine, un apporto corretto evitando eccessi può aiutare a prevenire o almeno a ritardare la comparsa delle complicanze renali del diabete. Questo perché un'alta assunzione di proteine affatica la normale funzionalità renale. Infine l'apporto di sodio dovrebbe essere contenuto, per impedire la comparsa di ipertensione. L'avesse fatto la mamma, che salava sempre tutto, forse quell'ictus non l'avrebbe colpita”.

Eugenio Quercetti si fermò un attimo. Il ricordo di sua madre lo coglieva sempre indifeso. Vide gli occhi di suo padre; ritenne necessario cambiare velocemente discorso.

“Chiediamo all'infermiera se ci prepara qualcosa di caldo, magari un tè?” propose il medico.

“No, vai avanti, per cortesia. Se mi deconcentro sono finito” disse il maestro allentandosi un poco il nodo della cravatta.

"Sei d'accordo Cinzia?"

"Sì, sì; è meglio proseguire" annuì il bel viso dell'insegnante, sotto i lunghi capelli.

"Punto B. Il secondo presidio terapeutico è l'attività fisica. Attività fisica, sia ben inteso, non sport agonistico! Questa, del treppiede terapeutico, è purtroppo la gamba più ballerina".

"Perché?" chiesero all'unisono gli altri due.

"Perché lo sapete meglio voi di me. La vita di un bambino non è quella di un impiegato di banca, con i suoi orari e le sue attività stampate sul quadrante dell'orologio. Il bambino oggi sta tutto il giorno a scuola, domani può andare a giocare a calcio, all'indomani ancora c'è la dottrina. I consumi di queste giornate così diverse non sono mai uguali. In ogni caso, una minima attività fisica deve essere sempre incoraggiata, non foss'altro per scollare 'sti bambini dal devastante uso dei videogiochi, con conseguente vita sedentaria e tendenza all'obesità! E adesso arriviamo nuovamente all'insulina, il punto C. Debbo però aggiungere che se manca una cosa fondamentale, questo treppiede non starà mai in piedi".

"Che cosa?" chiese la Cucchiari.

Eugenio si toccò con l'indice il capo:

"La testa, miei cari, allenata attraverso una buona educazione sanitaria, impartita il più presto possibile. Il saper pensare, anche grazie ai processi di autocontrollo che il bambino deve imparare a conoscere non appena viene posta la diagnosi di diabete, rende il diabetico capace di distinguere le variabili in gioco raggiungendo una buona autosufficienza per concludersi, negli anni, con la vera e propria autogestione della malattia. Questo non vuol dire esautorare i genitori; ma atteggiamenti estremamente protettivi che si sovrappongano alle potenzialità del bambino sono nefasti, perché impediscono al giovane diabetico di capire, comprendere, responsabilizzarsi e dunque rendersi, nel tempo, perfettamente autonomo. Un buon genitore deve essere solo un supervisore, un controllore da dietro l'uscio, non so se mi sono fatto capire".

“Credo di sì, Eugenio” rispose il padre.

“Il cosiddetto autocontrollo è oggi attuabile attraverso molti strumenti. Parlo dei reflattometri, delle strisce per la determinazione della glicosuria e chetonuria, delle penne, del diario, delle fruttosamine e dell’emoglobina glicata. Prima di passare allo studio degli schemi insulinici, credo sia opportuno descrivere questi mezzi. D’accordo?”. I due annuirono.

“Parliamo per prima cosa dei reflattometri, le macchinette che ogni diabetico porta con sé per misurarsi la glicemia. Anni fa erano enormi, più grossi di una radio a transistor. Adesso sono piccoli, stanno comodamente nel taschino di una giacca o in tasca. Inoltre, cosa importantissima, sono estremamente affidabili e pratici. Ogni paziente diabetico li sa usare con destrezza ed estrema facilità. In primis hanno la possibilità di ottenere una piccola quantità di sangue mediante comodissimi pungidito, pressoché indolori, caricati al loro interno con ago posto a baionetta. Basta regolarli a seconda dello spessore della cute, applicarli sulla superficie laterale di un polpastrello e poi tac si fa scattare l’ago premendo un pulsantino. Si otterrà un piccolo gemizio di sangue, avendo solo l’avvertenza di lavarsi le mani prima di questa operazione. Poi, acceso il reflattometro, si bagna la striscia reattiva con una goccia di sangue e voilà, in pochi secondi il reflattometro ti indica il valore della glicemia. Non è per niente complicato. Basta farselo insegnare dal bambino stesso. Ve lo dico perché possono capitare situazioni difficili durante le quali un diabetico non è perfettamente cosciente. Il professor Trabucchi ve ne ha parlato; quindi si rende necessario il vostro intervento” affermò deciso il medico.

“Da parte di noi insegnanti?” domandò dubbioso il maestro.

“Sì, voi. Chi altri, se in quel momento il bambino non è cosciente? Non è difficile” rispose il dottor Quercetti.

“Ma come facciamo, Eugenio?” disse la Cucchiari “una cosa è fargli assumere dello zucchero o una bibita dolce...”.

“Vedo che ricordate bene la lezione del professor Trabucchi”, commentò Eugenio.

Cinzia proseguì: "Ma come si fa a provare la glicemia?".

"È semplice" assicurò Eugenio. "Se volete vi faccio vedere!"

"Come?" chiese suo padre.

"Provando un refllettometro direttamente su di voi!".

"Eh, no Eugenio. Te l'ho detto, detesto gli aghi" sentenziò il maestro.

"Mi presto io", esclamò la Cucchiari.

"Molto bene", disse il medico cercando un refllettometro nei cassetti della sua scrivania.

"D'accordo, sono pronta. Però fai piano" aggiunse l'insegnante.

"Vai tranquilla" la rassicurò il medico. "Prima tuttavia, senza che ti offenda, lavati le mani". Cinzia Cucchiari si alzò e si avvicinò al lavandino.

"Il sapone va bene?" chiese indicando una saponetta.

"Certamente" rispose il medico. "Aspetta che ti cerco un po' di carta per asciugarti". L'insegnante aprì il rubinetto, si insaponò le palme, il dorso delle mani e le lunghe dita. Poi si asciugò con la carta che il medico le porgeva.

"Ecco" fece Eugenio. "Sei a posto. Dammi pure la carta."

"Sono pronta" sospirò l'insegnante.

"Per prima cosa bisogna ottenere un po' di sangue utilizzando un buon pungidito come questo" disse Eugenio.

"Poi si regola la profondità di penetrazione dell'ago ruotando il cappuccio numerato, si svita il cappuccio, s'introduce una ago-lancetta fino allo scatto e si libera la stessa dalla propria protezione. Infine, riavvitato il cappuccio, e, ripeto, lavate le mani con acqua tiepida, si appoggia il pungidito sulla superficie di un polpastrello, schiacciando quindi il pulsante di scatto. Si raccomanda di eliminare la lancetta usata. Prendiamo ora il nostro refllettometro" continuò Eugenio.

"Per prima cosa confrontiamo il codice che compare sul display dello strumento con il numero di codice stampato sulla confezione delle strisce reattive. Tuttavia con alcuni apparecchi questa procedura non è necessaria. Inserita la striscia reattiva nell'apposita fessura, si fa cadere una goccia di sangue sulla zona reattiva di questa. In pochi secondi si otterrà il

valore della glicemia. È tutto chiaro?” domandò il medico.

“Chiarissimo!” rispose il maestro, mentre la Cucchiari si puliva il dito con un batuffolo di cotone.

“Bene. Abbiamo fatto una splendida fotografia alla glicemia di Cinzia: 77 mg/dl. Ma per un diabetico questo non è assolutamente sufficiente. Noi abbiamo bisogno di un filmato della sua glicemia, non una semplice istantanea!”.

Cinzia buttò il cotone nel cestino che Eugenio le aveva indicato: “Vedi di essere più chiaro” protestò.

“È semplice. Io sveglio un diabetico al mattino e trovo lo stesso valore che ho trovato a te. Posso rallegrarmene. Ma non mi basta. E se di notte avesse avuto, che so, 250 di glicemia e poi questa si fosse abbassata fino a 77 mg/dl è, in questo caso, la stessa identica situazione di un altro diabetico che presenta anch’egli 77 mg/dl al mattino, ma che di notte non ha mai superato i 100 mg/dl?” domandò Eugenio.

“No di certo. Ma mica puoi bucare questi ragazzi venti volte per notte!” disse con tono di sfida il maestro a suo figlio.

“Per carità! C’è qualcosa di molto più semplice che mi può dire se uno dei due ha sicuramente avuto, durante la notte, una glicemia superiore ai 180 mg/dl. Che cosa?”. Il medico sogghignava, convinto che una risposta non sarebbe mai arrivata, e invece...

“L’esame delle urine!” esplose la Cucchiari. “Come ho fatto a non capirlo prima? Vado a cercare se c’è zucchero nelle urine. Se lo trovo, vuol dire che uno dei due, pur avendo una glicemia identica al mattino, presentava, durante la notte, una quantità elevata di zucchero nel sangue che poi ha eliminato!”. Eugenio Quercetti guardò suo padre:

“Papà, sei a zero per la signorina Cucchiari e palla al centro! Comunque l’essenziale è che voi capiate quanto sia importante la ricerca della glicosuria, o meglio ancora della chetonuria, nelle urine di un diabetico. La sua urina ci dice se, nelle ultime ore, fra una minzione e l’altra egli è rimasto all’interno di un buon compenso metabolico. Se troviamo glicosuria significa che sicuramente ha avuto una glicemia superiore al valore soglia, oltre il

quale i reni non riescono più a trattenere il glucosio. Ancor peggio è se nell'esame delle urine si riscontra chetonuria; ciò significa che l'organismo ha utilizzato, come ho cercato di spiegarvi in precedenza, i grassi come fonte energetica. Recentemente con particolari riflettometri è possibile determinare i chetoni direttamente su sangue".

"Ok, grande Esculapio" disse il maestro "accettiamo i tuoi consigli. Però al di là del fatto che la Cucchiari mi stia battendo ignominiosamente per sei a zero, credo che i miei neuroni siano riusciti a captare le tue argomentazioni".

"Dai papà, prendere sei a zero da Cinzia non è un'ignominia!". "Come no?" tenne a precisare suo padre. "Sei a zero è dequalificante!".

"Vedete di smetterla su questo tono" intervenne Cinzia Cucchiari. "Non lo trovo né divertente né produttivo".

Padre e figlio si guardarono. Provarono a rimanere seri per qualche secondo, poi non ci riuscirono. Sotto gli occhi esterrefatti della ragazza ruppero insieme nella loro solita risata; era quella la fine del battibecco, una pace tacita, un gioco cui erano ormai abituati da tanti anni. Tuttavia la Cucchiari rimase perplessa:

"Voi uomini! Chi vi capisce?" sentenziò un po' scocciata.

"Va bene" si arrese il medico "lasciamo perdere ciò che non ti piace e torniamo a bomba. C'è un altro strumento importante attraverso il quale noi medici riusciamo a ottenere molte informazioni. Si tratta del diario, sul quale ogni diabetico deve imparare a scrivere la quantità d'insulina iniettata, la glicemia riscontrata in diverse ore della giornata, il risultato della ricerca sia della glicosuria sia della chetonuria, le eventuali modifiche dello schema alimentare concordato e particolari avvenimenti, piscina, discoteca ecc., che possono incidere sull'omeostasi glicemica. Ultimamente sono disponibili alcuni software, veri e propri diari 'informatici' grazie ai quali il paziente può comunicare al medico i propri dati. Tuttavia la sostanza non cambia e se ci sono persone che conoscono bene il valore che può

avere un diario siete proprio voi insegnanti. Per mille motivi i dati possono essere modificati, male espressi, se non, in taluni casi, falsificati, giusto?”.

“Accidenti se è giusto” sbottò la Cucchiari fissando gli occhi del medico. Eugenio si sentì come trafitto da quello sguardo; si fermò per un istante, poi riuscì a proseguire:

“Nonostante questo, il laboratorio analisi ci può essere di enorme aiuto. Esistono due esami, le fruttosamine e l'emoglobina glicata, che ci dicono, con estrema precisione, se, al di là di quanto è scritto sul diario, il bambino è stato, rispetto ai controlli precedenti, ben controllato dal punto di vista metabolico. Questo, per inciso, sia che il bambino – o peggio la famiglia – abbia raccontato delle frottole, sia che, purtroppo, il compenso non sia stato buono”.

“Spiegazioni!” ordinò il maestro.

“Certamente. Le fruttosamine sono un esame laboratoristico che ci dice come, al di là di ogni variabile giornaliera, il bambino abbia avuto nelle ultime due – tre settimane un buon controllo glicemico. Ancor più interessante e precisa è l'emoglobina glicata che è una sorta di pagella dell'ultimo trimestre. Nel soggetto non diabetico essa non supera mai il 5,5%. Di fronte ad un bambino diabetico possiamo considerare come ottimi valori sotto i 7,0 e discreti sotto i 7,5. Se la glicata è alta, che so, dieci, undici, tredici, o si è sbagliata l'impostazione terapeutica, o il paziente non si attiene a quanto prescrittogli, al di là di quello che può raccontare o scrivere sul diario, oppure si è di fronte ad un diabete particolarmente instabile. Questa è purtroppo una evenienza frequente e solo le ultime prospettive terapeutiche quali le pompe ad infusione continua, oppure l'utilizzo di nuovi tipi d'insulina lenta, con un profilo di assorbimento più costante, offrono possibilità di successo. Ne parleremo”.

I due insegnanti si guardarono perplessi, poi il maestro sbottò: “Bella cosa l'emoglobina glicata. Una gran comodità; non dovremmo neanche tirar fuori la penna dal taschino per fare gli scrutini!”.

“Papà” brontolò il medico “il tuo sarcasmo mi ha ricordato, per fortuna, una delle acquisizioni tecnologiche riguardanti il diabete: le penne. Sono delle piccole macchinette da utilizzarsi al posto delle siringhe. Nate anche per agevolare la manualità in un anziano, si sono rivelate un vero boom per i bambini. Questo per svariati motivi: primo, l’ago è tanto piccolo che non corri mai il rischio di prendere un capillare”.

“Perché? È importante?” domandò il maestro.

“Importantissimo: l’insulina va fatta sottocute, mai endovena. Con questo metodo ciò non succede mai. Secondo, l’iniezione è fatta in modo molto più igienico. Terzo: è più facile ruotare la sede d’inoculo. Le sedi utilizzabili sono le spalle, le cosce e soprattutto la pancia. La rotazione va fatta a seconda dell’insulina che si utilizza. Per quelle ad azione veloce l’addome è indubbiamente il top. Ogni giorno ti sposti sulla superficie addominale di un centimetro; con la siringa, per un bambino ciò risulta di difficile esecuzione. Per le insuline ad azione lenta si preferisce la penna. Quarto: la penna ti permette di avere già miscelate insuline rapide e lente nella cartuccia situata al loro interno. Sulla penna vi sono dei numeri che corrispondono alla quantità di insulina che si vuole iniettare. Al suo interno c’è una sorta di cartuccia contenente l’insulina, prescelta per l’occasione, collegata all’ago. Generalmente ogni bambino ha più penne. Questo gli permette di non sbagliare e iniettarsi un tipo d’insulina che va invece utilizzata in un altro momento della giornata. L’iniezione va fatta sottocute, con la penna tenuta perpendicolarmente al piano cutaneo. Non è necessario pizzicare la parte che si vuole pungere; si rischierebbe d’iniettare l’insulina nel piano muscolare sottostante. Praticata l’iniezione, l’ago va estratto lentamente, in due tempi – fate contare i bambini fino a cinque – altrimenti parte dell’insulina fuoriesce senza essere stata iniettata. L’ago, alla fine, va buttato e mai riutilizzato una seconda volta. Con le penne e una buona rotazione delle sedi di inoculo, raramente si va incontro ad un’alterazione del grasso sottocutaneo che,

atrofizzandosi, dà luogo a quella tipica alterazione che noi diabetologi chiamiamo col nome di lipodistrofia. Un problema non solo estetico ma anche sanitario perché limita l'assorbimento dell'insulina. Tuttavia anche le penne danno qualche grattacapo. Il limite più grosso delle miscele fornite dal commercio e da utilizzarsi con la penna è quello di offrire i vari tipi d'insulina in percentuali standard, sovente inutilizzabili nella pratica quotidiana. Spesso accade che, per raggiungere buoni risultati, un medico sia nella necessità di 'inventare' una miscela non offerta dal commercio; questi diabetici dovranno pertanto utilizzare la siringa. Oppure alla stessa ora utilizzare più penne. Chiaro?" domandò il medico.

"Non troppo", disse perplesso il maestro Quercetti, "Come si fa a miscelare le insuline? Non è una cosa da medici o da farmacisti?"

"No. Richiede una certa attenzione ma è una operazione alla portata di un paziente. Credo che alcuni disegni vi aiuteranno a comprendere meglio le cose". Eugenio si avvicinò ad una lavagna e disse: "Ecco cosa vuol dire creare una miscela, utilizzando le siringhe secondo la metodica tradizionale. Per prima cosa si inietta un po' d'aria nel flacone della lenta, poi in quello della rapida" disse il medico. "Ciò per facilitare la successiva aspirazione dell'insulina. Quindi aspiro prima l'insulina rapida, limpida, poi quella lenta, torbida ed opalescente. È importante, durante queste operazioni, non iniettare insulina lenta nel flacone della rapida".

"Sì, sì" intervenne Cinzia "adesso è chiaro".

"Benissimo. Adesso il difficile: passiamo agli schemi della terapia insulinica".

"Eugenio" si lamentò suo padre "credo di essere un po' stanco".

"Anch'io" confermò la Cucchiari.

"Come volete" accondiscese Eugenio "passeremo alla lezione quattro in un'altra occasione. Solo che i miei tempi...".

"Lo so già" affermò il maestro "ci rivedremo a Natale".

"Eh, accipicchia" sbottò la Cucchiari. "Eugenio, quanti impe-

gni hai? Perché non ci vediamo a casa mia, domani pomeriggio? Vi offro una bella merenda”.

Eugenio fu preso in contropiede:

“Ma non so, non vorremmo disturbarti!” tentò di difendersi.

“Nessun problema” disse l’insegnante “la mia casa è sempre libera. Sono una single e nessuno ci disturberà”.

Cinzia continuava a fissare Eugenio negli occhi. Un nuovo brivido ripercorse la schiena del medico:

“Ah” disse goffamente “per te va bene, papà?”.

“Nessun problema” grufolò il Maestro.

“Molto bene; allora domani alle quattro?”.

“Ok” risposero gli altri due, con toni molto differenti.

Schemi di insulinoterapia

La casa di Cinzia Cucchiari si trovava nel centro storico del paese. Alle quattro in punto il duo Quercetti suonava il campanello di un appartamento, sito al secondo piano di un vecchio caseggiato, ristrutturato da poco tempo. Entrambi avevano le mani occupate. Il padre aveva con sé un pacchettino ricolmo di dolciumi, l'altro un enorme mazzo di fiori. Cinzia aprì e non poté fare a meno di esclamare:

“Perbacco, adesso Babbo Natale non solo è in anticipo ma si è pure sdoppiato!” e, ridendo, fece entrare i suoi ospiti. L'arredamento era gradevole, di buon gusto. Le tinte pastello predominavano un po' ovunque; lei aveva addosso un semplice vestito blu che ne sottolineava la vita sottile ed aggraziata. Fece togliere i cappotti a padre e figlio, pose immediatamente i fiori in un delicato vaso di porcellana e mentre apriva il pacchetto dei dolci fece accomodare i Quercetti sopra un divano a due posti.

“Veramente incantevole, qui!” disse galante il maestro. Eugenio si trovava stranamente a disagio invece. Lei parve accorgersene e, voltata la schiena per aprire le tende e fare più luce, provò a smuovere quella situazione.

“A te non piace la mia casa, Eugenio?”.

“No, no tutt'altro, è bella, veramente, come dire: bella”.

“Ti serve per caso una sorta di lavagnetta?”. Il vecchio chiuse gli occhi; suo figlio si stava dimostrando decisamente imbranato.

“Una lavagnetta?” chiese il medico. “Ah sì, certo, una lava-

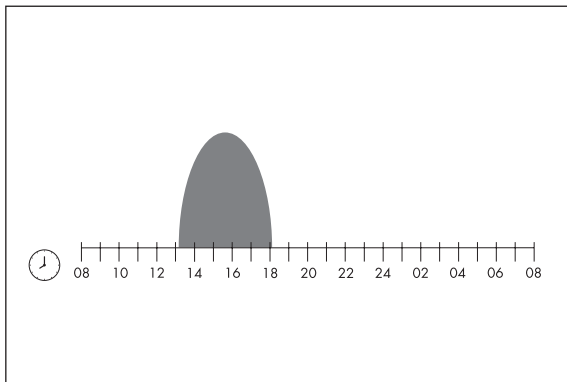
gnetta, che stupido! Sì, grazie mi serve". Cinzia scomparve dietro una porta per qualche secondo, poi riapparve porgendo ad Eugenio una piccola lavagna da cucina.

"Bene, bene, bene".

"Eugenio, gli schemi insulinici!" sbuffò scocciato il maestro.

"Ah, è vero. Mi ero distratto nel guardare questa bella casa" tossicchiò, poi miracolosamente riuscì a rientrare nel suo ruolo abituale. "Dunque quando noi ingeriamo una sostanza essa si comporta più o meno così". Prese un pennarello e vi fece questo schizzo.

SCHEMA 1

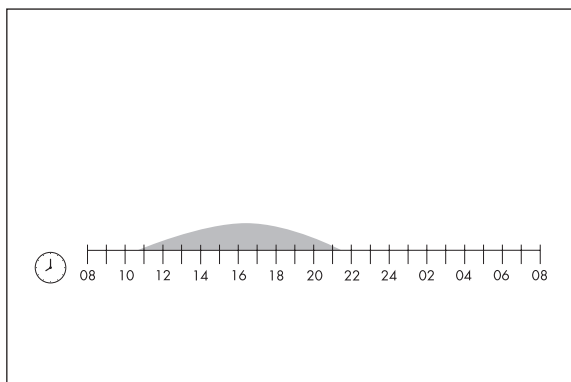


"La sostanza, in questo caso l'insulina, entra in circolo, ha un picco e poi, piano piano, decade perché eliminata. Ok?".

"Ok" rispose Cinzia che, nel frattempo, si era accomodata su di una poltroncina.

"Però, il comportamento di una sostanza, di un farmaco può variare e dunque possiamo trovarci di fronte a situazioni differenti". Eugenio cancellò il primo schizzo e ne disegnò velocemente un altro. "Così, per esempio".

SCHEMA 2



“Due situazioni ben differenti, come potete vedere” proseguì il medico. “Nel primo caso il farmaco ha un’azione più rapida rispetto al secondo. Inoltre il primo raggiunge valori di attività più alti rispetto all’altro. Giusto?”.

“Giusto!” approvò suo padre.

“Molto bene. Ovviamente c’è una terza variabile di cui bisogna tener conto, cioè la quantità d’insulina iniettata. Questa si misura in unità. Più unità inietti, più alto risulterà il suo valore di attività. I due disegni rispecchiano due necessità terapeutiche differenti in un paziente diabetico. L’insulina ad azione rapida agisce velocemente e ha un’azione, come posso dire, ‘forte’. L’altra è un’insulina lenta, a bassa potenza, ma con un’attività più lunga rispetto alla prima. Insomma, quella rapida e potente ci serve soprattutto dopo i pasti, per meglio controllare il repentino incremento della glicemia, l’altra, lenta, fa da sottofondo, da plafond, lontano dai momenti in cui ci si alimenta. Ci siamo?”.

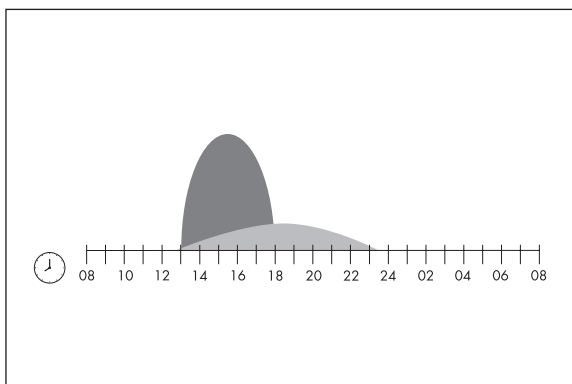
“Penso di sì” rispose il maestro. “Tu Cinzia cosa dici?”.

“Sì, è tutto chiaro. Quello che vorrei sapere è quando una rapida raggiunge il massimo della sua azione, rispetto alla lenta”.

Eugenio non riuscì a trattenersi:

“Fantastico! Non potevi porre domanda più pertinente. L’insulina ad azione rapida ci mette circa mezz’ora per iniziare ad agire. Per tale motivo i diabetici sono costretti ad attendere circa mezz’ora prima di mangiare, dopo essersela iniettata. Per questo è importante – il professor Trabucchi ve lo avrà detto – che non vi siano ritardi nei pasti e che i bambini con il diabete possano comunque mangiare qualcosa se per qualsiasi ragione il pasto viene servito dopo il previsto. Dicevo dell’insulina rapida che raggiunge il massimo della sua attività dopo una – due ore, per terminarla entro quattro – sei. La lenta, invece, diventa estremamente attiva dopo due ore, raggiunge il suo acme dopo sei - otto ore e finisce dopo dodici ore. Per la verità esistono insuline dette ultralente, con altri tempi d’azione, ma, sostanzialmente, sono la rapida e la lenta – la definizione tecnica più corretta è intermedia – che hanno il loro massimo utilizzo in diabetologia. Ovviamente queste possono essere miscelate insieme, sia in siringa, come vi ho già accennato, sia con la penna, alle percentuali prescritte, di volta in volta, a seconda del compenso metabolico del paziente. Si può decidere, per esempio, che un paziente abbia bisogno al mattino di un 30% di rapida e di un 70% di lenta, oppure di un rapporto 20/80 o 10/90. Le possibilità offerte dal mercato sono certamente ampie ma insufficienti e purtroppo inadeguate. Comunque, al di là della miscela utilizzata, questa lavora così”.
Eugenio disegnò un altro diagramma.

SCHEMA 3



"Ecco, più o meno così" disse il medico girando la lavagnetta verso gli altri due.

"Prima di continuare" lo interruppe Cinzia "gradite qualcosa? Posso farvi un caffè, del tè, offrirvi un'aranciata, della birra o anche un liquore, se preferite".

"Oh, per me è lo stesso" dichiarò il maestro perfettamente a suo agio "comunque un caffè va benissimo. Tu Eugenio?".

"Anche per me il caffè è Ok".

Cinzia Cucchiari si alzò con eleganza dalla sua poltroncina e sparì dietro un'altra porta. Fra i due Quercetti regnò per un attimo il silenzio, poi il medico chiese a suo padre:

"Sono stato chiaro, fino ad ora?".

"Certo Eugenio" gli rispose il padre sussurandogli in un orecchio "ma vedi di essere un po' più rilassato, se ci riesci". Il medico capì quanto suo padre lo conoscesse e a sua volta avvicinò le labbra alle orecchie del suo vecchio:

"Ci provo, papà. Ma non mi è facile".

"Bene" sentenziò il maestro, incrociando le dita sulla pancia.

"Che hai detto?" chiese il medico, che si sentiva sudato come un panno lavato.

"Ho detto: molto bene!" ribadì suo padre visibilmente soddisfatto.

“Sarà” concesse il figlio.

Cinzia rientrò con un enorme vassoio: sopra c’erano una caffettiera fumante, due tazzine, una zuccheriera, una bottiglia di grappa, qualche biscotto e un contenitore ricolmo di cioccolatini. Silenziosamente li servì e attese che essi consumassero quanto le avevano richiesto, concedendo a se stessa solo un biscotto.

Eugenio, sentendosi meglio carburato, riprese la lezione. “Negli anni gli schemi terapeutici si sono sempre più perfezionati; verso il 1980 tutti iniziarono a sostenere che sarebbero state necessarie almeno due somministrazioni giornaliere, mattino e sera. Ben presto ci si rese conto che, e questo era l’errore più marchiano, la glicemia dopo il pasto di mezzogiorno non era adeguatamente controllata. Uscirono allora gli schemi a tre somministrazioni giornaliere, con l’aggiunta di una rapida poco prima di pranzo”. Poi arrivarono i consigli del DCCT del 1993 e l’invenzione dell’analogo verso la fine degli anni ‘90”.

“E cioè?” chiese Cinzia.

“Parliamo di una cosa per volta” rispose il medico. “DCCT – Diabetes Control and Complications Trial –: nel 1993 alcuni studiosi di scuola americana si chiesero se una terapia più aggressiva avrebbe o meno ridotto le complicanze a distanza del diabete: la retinopatia e l’insufficienza renale in primo luogo. Sulla base di quegli studi si osservò che con un’emoglobina glicata non superiore al 7% vi era un effettivo crollo delle complicanze. Per ottenere questo valore si passò a ben quattro somministrazioni d’insulina al giorno”.

“Quattro?” rimase stupito il maestro.

“Sì papà, quattro. Ma non solo: il ‘controllo intensivo’ come lo si chiamava allora – oggi è la terapia standard – prevedeva, oltre a un maggior numero di determinazioni glicemiche, di controllare più frequentemente l’eventuale presenza di glicosuria e chetonuria e di modulare la quantità dell’insulina da iniettarsi sulla base delle risposte ottenute con gli esami, su quanto prevedi di mangiare, di muoverti nell’arco della giornata”.

“Non uno scherzo” intervenne la Cucchiari.

“Per nulla! Anche perché una terapia così aggressiva, che cerca di mantenere un equilibrio glicemico pressoché vicino a quello normale, ti espone almeno teoricamente di fronte al rischio di ipoglicemia (di fatto il rischio rispetto agli schemi a due-tre somministrazioni è sicuramente inferiore). D'altra parte - e questa è la cosa più importante - è provato come la terapia intensiva riduca notevolmente la percentuale delle complicanze a distanza”.

“E cos'era quell'altra roba, l'analogo?” chiese il maestro.

“Non è una roba, papà!”.

“Oh, quello che è” sbuffò il vecchio.

“È una scoperta notevole” disse il medico. “È una sostanza di sintesi che, rispetto all'insulina rapida, ha l'enorme vantaggio di avere dei tempi d'azione rapidissimi. In pratica un diabetico può iniettarsela e sedersi subito a tavola. Non è più obbligato ad attendere mezz'ora, dopo l'iniezione, prima di mettersi a mangiare. Inoltre la sua attività è più sovrapponibile, come tempi d'azione, all'insulina prodotta naturalmente dalle isole di Langerhans. Fino a poco tempo fa l'unico problema è che non esistevano miscele con l'analogo, già preparate, intendo. Ma è solo questione di tempo. L'industria sta lavorando in tal senso, soprattutto alla costruzione di analoghi ad azione lenta, poiché, come vi spiegherò, al momento sono proprio le lente il vero problema della terapia di un diabetico. Comunque le prime miscele con l'analogo sono da poco tempo comparse in commercio, ma da utilizzarsi solo con la siringa”.

Falsi e veri problemi in un diabetico

Il medico si guardò intorno. Si sentiva stanco, come svuotato. Consultò il suo orologio a cipolla. Le lancette segnavano già le 19.10. Tutto era volato via così velocemente. Cosa avrebbe dovuto fare ora? Proseguire la lezione oppure rinviare il tutto ad un'altra volta? Guardò suo padre che teneva gli occhi socchiusi mentre sbadigliava con lieve controllato rumore. Cinzia invece era lì. Come se per lei il tempo non esistesse, stava seduta, prendendo, se ne accorse solo in quel momento, appunti su di un block-notes. Cinzia finì di scrivere, poi, alzati gli occhi luminosissimi, li volse ai propri ospiti e disse: "Siamo forse tutti un po' stanchi. Ed è quasi ora di cena. Signori Quercetti padre e figlio, posso avere l'onore di ospitarvi a cena? Ho quasi tutto pronto". Era una mossa a sorpresa, ma il più lesto a coglierla fu il vecchio Quercetti. Sembrava che i due insegnanti si fossero messi d'accordo alle spalle del medico.

"Oh, per me va benissimo" disse quietamente il maestro, per nulla sorpreso. "Cosa ci offri di buono?". Che faccia di bronzo, pensò fra sé il medico.

"Qualche stuzzichino e una bella paella ai frutti di mare vi andrebbero?".

"Maaa... non..." sillabò il medico, tentando una debole difesa.

"Per me è perfetto!" grufolò il vecchio Quercetti.

"Molto bene" concluse le trattative la Cucchiari. Il pasto, servito nella medesima stanza, fu all'altezza di ogni previsione.

Sparecchiata la tavola, Eugenio Quercetti si sentì meglio. I suoi neuroni iniziarono a funzionare a meraviglia e, presa la parola, sentenziò:

“Cena sublime; possiamo passare alla lezione cinque. Forse la più difficile, ma dopo una cena simile mi sento pronto a qualsiasi impresa didattica! Vi voglio parlare dei falsi e veri problemi del diabete. Inizierò da quelli veri. Sono reali e a volte richiedono una rapida risposta, non dilazionabile. Insieme alle gravi ripercussioni psicologiche che la malattia scarica addosso al bambino ed alla sua famiglia, alle quali bisognerà dedicare del tempo in un’altra occasione, il problema più grave è l’ipoglicemia”.

I due insegnanti si sentirono sollevati. Imparare a memoria lo schemino proposto dal professor Trabucchi non era stato difficile e su quel punto si sentivano forti. Anche se a ben vedere non avevano capito bene per quale ragione un problema di alimentazione (Eugenio avrebbe detto ‘metabolico’) desse luogo a manifestazioni ‘nervose’.

“Quando un diabetico insulinodipendente va in ‘ipo’, il suo organismo cerca di difendersi mettendo in azione tutte le sue difese, che sostanzialmente sono rappresentate dagli ormoni controregolatori”.

“Contro che?” lo interruppe suo padre.

“Controregolatori glicemici, papà. La glicemia non è regolata solo dall’insulina e dall’introduzione degli alimenti. Anche perché il glucosio, lontano dai pasti, da dove lo prendi? Questo si ottiene ovviamente dai processi di digestione, metabolizzazione o, se preferite, frammentazione dei cibi. Ma non possiamo mangiare di continuo per mantenere la glicemia a livelli costanti! Insomma, se il glucosio nel sangue si abbassa, ne occorre dell’altro, nuovo, perché le cellule hanno fame, devono mangiare continuamente. Il corpo umano fa dunque entrare glucosio nel sangue, scaricandolo da certi depositi, siti soprattutto nel fegato e nei muscoli, che prendono il nome di glicogeno. Una sorta di montagna di zucchero che va sbriciolata per ottenere glucosio puro. Questo

processo prende il nome di glicogenolisi. E se questo non fosse sufficiente un altro processo di produzione di glucosio lo si ha mediante l'utilizzo delle proteine site nel nostro corpo un po' dappertutto. Questo secondo processo prende il nome di neoglucogenesi. È chiaro fino adesso?"

I due accennarono col capo ad un sì.

"Molto bene" proseguì Eugenio. "I processi di glicogenolisi e di neoglucogenesi sono regolati da alcune sostanze, meglio sarebbe chiamarli ormoni controregolatori. Sono sostanzialmente detti così perché hanno un'azione opposta a quella insulinica. Sono tanti: il glucagone..."

"Quello nella borsa termica", esclamò la Cucchiari.

Eugenio la guardava perplesso. Intervenne il padre: "Il professor Trabucchi ha donato alla scuola una confezione di glucagone".

"Bene... bene", commentò Eugenio un po' perplesso, "il glucagone è sicuramente efficace per intervenire su una crisi ipoglicemica grave. Fa parte di una famiglia di ormoni: l'adrenalina, la noradrenalina, l'atropina, il cortisolo e l'ormone della crescita, altrimenti detto G.H. Un vero battaglione che si scatena perché dentro il cervello, e più precisamente in un nucleo situato al suo interno, il talamo, c'è una sorta di sensore che misura continuamente la glicemia. Una sorta di riflettometro in permanenza. Se questo timer scatta, i controregolatori si fanno sentire in tutta la loro potenza. Il tremore tipico dell'attacco ipoglicemico è dovuto alla noradrenalina, le palpitazioni e l'ansia sono causate dall'adrenalina, i formicolii e la sudorazione dall'atropina. Gli altri sintomi più tipici come lo stato confusionale, i disturbi della vista, i deficit di concentrazione, l'irritazione sono dovuti sostanzialmente alla neuroglicopenia".

"Decrittografare questo termine astruso" ordinò il maestro.

"Signori!" rispose Eugenio improvvisando un saluto militare. "Con neuroglicopenia intendesi la mancanza di zucchero presente nelle cellule cerebrali. Mi pare che lei ne stia soffrendo, signore!".

“Ma siete sempre alle solite voi due!” lamentò la Cucchiari.
“No, Cinzia. Forse Eugenio ha ragione. Mi faresti un caffè, per cortesia?” domandò il maestro.

“Perbacco!” esclamò la sua giovane collega, dirigendosi verso il cucinino. Eugenio si avvicinò al padre e piano, con tono scanzonato, gli mormorò in un orecchio:

“Papà, è proprio Mary Poppins”. Canticchiò: “Con un poco di zucchero la pillola va giù, la pillola va giù!”.

“Vedi di contenerti, Eugenio” gli raccomandò suo padre “e poi quale sarebbe la pillola?”.

“La mia lezione!”.

“Oh, altro che pillola quella! È un flacone intero!” borbottò il maestro.

“È così difficile, papà?” gli chiese Eugenio.

“Be’, insomma”. Furono interrotti. Cinzia era ritornata armata di tutto punto: caffè fumante, tazzina, cucchiaino, zuccheriera. Il vecchio Quercetti si zuccherò al solito modo il caffè e lo bevve quasi d’un fiato.

“Ma non si ustiona così?” disse la Cucchiari. “Eugenio non gli dici nulla?”.

“Ah, tanto sarebbe inutile. Fa sempre tutto come vuole” le rispose il medico.

“Mah, sarà. Non mi intrometto. Eugenio, credo tu possa andare avanti”.

“Sì” confermò il maestro.

“D’accordo! Ho cercato di spiegarvi come meglio potevo i sintomi dell’ipoglicemia. Questa, se non viene corretta dagli ormoni controregolatori, bisogna combatterla al suo insorgere. Mi pare che su questo punto dopo l’intervento del professor Trabucchi sappiate tutto: bisogna offrire al bambino bevande zuccherate, caramelle, zollette di zucchero. Tenetele in classe queste cose, altrimenti...”

“Altrimenti cosa?”, chiese un po’ allarmata la Cucchiari.

“La crisi ipoglicemica si aggrava e la neuroglicopenia fa andare a pallino i livelli di coscienza del vostro alunno. A questo punto somministrare zucchero può essere difficile,

soprattutto se il bambino non fosse più in grado di deglutire. In ogni caso tentate lo stesso, invece di fermarvi ad aspettare che qualcuno vada a prendere il glucagone piazzate due zollette di zucchero fra guancia e gengive di quel bimbo: saranno assorbite attraverso la mucosa orale”.

“E poi?”, incalzò la Cucchiari.

“E poi niente. Non è più compito vostro. Dovrà intervenire un medico, misurargli a distanza la glicemia, ridurre le unità di insulina della somministrazione successiva e tante altre cose ancora. Ma il vostro dovere, a quel punto, l'avrete fatto, risolvendo un grave problema”.

“Aspetta un attimo. Anche l'iperglicemia porta alla perdita di coscienza. In questo caso, se somministro zucchero peggioro la situazione... come faccio a capire se i sintomi che vedo sono dovuti a ipo o a iperglicemia?”, intervenne la Cucchiari dopo aver sfogliato gli appunti.

“È vero”, rispose il pediatra, “ma una iperglicemia tale da portare a un coma, parliamo di 700 mg/dl, non peggiora significativamente per un po' di zucchero. In compenso una crisi ipoglicemica si arresta immediatamente. Vale la pena di tentare comunque, senza perder tempo a cercare di fare la diagnosi corretta. È chiaro?”.

“È chiarissimo” affermò decisa Cinzia Cucchiari, “quello che il professor Trabucchi non ci ha spiegato, e non posso fargli torto visto che il suo obiettivo era metterci in grado di fronteggiare un problema, non di gestire un alunno, è questo: perchè un bambino va in ipoglicemia?”

“Posso capirlo il professore. Come faceva a sapere di avere davanti due allievi così interessati alla endocrinologia pediatrica?”.

“Non siamo interessati alla endo-qualcosa. Siamo interessati ad Alessia così come a tutti gli altri”, ribatté un po' pomposo il maestro, ma Eugenio fermò in tempo la predica. “Bene, bene, allora continuiamo: sostanzialmente le cause dell'ipoglicemia sono quattro, e di queste, due sono facilmente individuabili. Un diabetico può non aver mangiato a sufficienza o

aver consumato troppa energia. Oppure può aver fatto degli errori nella somministrazione dell'insulina. Chi infatti assume più insulina del dovuto va sicuramente in ipoglicemia. Così come chi si inietta l'insulina rapida e poi digiuna invece di mangiare. Qui potreste tranquillamente intervenire e prevenire il problema".

"E come?" sbottò il maestro.

"Se il servizio mensa tarda a distribuire i pasti, dite pure al bambino di mangiarsi un pezzo di pane, un grissino, di bersi un succo di frutta o in mancanza di tutto questo di succhiarsi due caramelle. Ma soprattutto statelo sempre ad osservare".

"Scusa Eugenio, credo di non capire" lo interruppe l'insegnante, "il professore ci ha detto che i pazienti si accorgono benissimo dell'avvicinarsi di una ipoglicemia".

"È vero. Ma la capacità di un diabetico di avvertire i sintomi della controregolazione glicemica ad una sopraggiungente ipoglicemia non è sempre così evidente. Il bimbo che viene da voi e vi dice – mi sento in 'ipo', ho fame, ho mal di testa, non ci vedo tanto bene, ho nausea, mi sento tutto sudato – è un soggetto ancora sufficientemente attento. Tuttavia esistono alcuni soggetti incapaci di riconoscere i sintomi dell'ipoglicemia. Inoltre vi può accadere di avere in classe un bambino agli esordi della malattia ancora non allenato a distinguere le proprie reazioni. Tocca a voi allora: vedete il bambino disattento, poco concentrato, oppure irritabile, nervoso senza apparente motivo e pensate: questo mi sta andando in ipoglicemia?".

"Gesù" sibilò il maestro "bisogna avere mille occhi!".

"Capisco la difficoltà del problema. Ma ricordate. Un'ipoglicemia grave evitata è sempre un grande regalo che si fa al soggetto diabetico. Anche perchè le ipo mica sopravvivono solo di giorno".

"Eugenio, pietà!" mugolò suo padre.

"No, dàì papà, fai uno sforzo. Non è difficile. Cerca di ricordarti lo schema d'azione di un'insulina lenta. Te la inietti, magari miscelata ad una pronta, alle 19; inizia a fare effetto dopo due

ore, cioè alle 21, ha il suo picco d'azione fra le sei – otto ore, cioè fra l'una e le tre del mattino – lontanissima dai pasti, quando non ci interessa assolutamente che funzioni così tanto – e termina di agire verso le 7, in un momento della giornata estremamente particolare, noto ai medici come fenomeno dell'alba. È quella un'ora in cui si manifesta un'estrema resistenza all'azione dell'insulina e, tu guarda la iella, questo accade quando d'insulina lenta, somministrata la sera precedente, non ne hai più. Grazie a questa sua cinetica d'azione ci troviamo di fronte a due risultati scarsamente entusiasmanti: un'ipoglicemia in piena notte ed un'iperglicemia al mattino. E non è finito: se tu somministri una miscela al mattino puoi andare in ipoglicemia a metà mattinata per il sovrapporsi dell'azione delle due diverse insuline, ma puoi andarci anche a metà pomeriggio quando la lenta mattutina è ancora viva. Per ora si è cercato di vicariare a questi inconvenienti aggiungendo ai tre pasti principali uno spuntino a metà mattina, uno a merenda e uno prima di coricarsi (per arginare il fenomeno delle ipoglicemie notturne). Tutte queste incertezze possono essere limate dai nuovi schemi di terapia intensiva, a quattro dosi, con, per esempio, l'utilizzo dell'analogo o di un'insulina rapida prima di colazione, pranzo e cena associato a una lenta iniettata intorno alle 23. Si riducono i rischi di una ipoglicemia notturna e contemporaneamente si contrasta il fenomeno dell'alba. Inoltre si riduce il problema delle ipoglicemie di metà mattina e di pomeriggio”.

Eugenio guardò i propri 'scolari'. Se fossero stati due diabetici c'era proprio da chiedersi se stessero andando in ipoglicemia. Suo padre tirò un sonorosissimo sbadiglio che, con effetti acustici molto più contenuti, contagiò anche Cinzia.

“Ho capito. Ne avete le scatole piene”.

“Ma no, ma no” si schermirono gli altri.

“Sarà! Ma prima che esauriate completamente le vostre pile, volevo dirvi qualcosa circa il bambino diabetico che chiede di andare spesso a fare pipì. Ci sono due possibilità: o cerca di mascherare un deficit d'attenzione sintomo di un'ipoglice-

mia, oppure è un diabetico scompensato. Perde zucchero nelle urine e dunque urina abbondantemente. Per saperlo o avete imparato ad usare il refllettometro e le strisce urinarie, oppure ne parlate con i genitori affinché lo portino, il più rapidamente possibile, al centro diabetologico di riferimento”.

“A proposito di genitori”, intervenne Cinzia un po’ preoccupata. “Oggi ho incontrato la mamma di Alessia, le ho proposto un incontro con noi insegnanti, ma ha rifiutato. Poi... le ho parlato di te, Eugenio”.

“Come di me, scusa?”, si stupì Eugenio che abituato a muoversi sulla teoria si era un po’ dimenticato che l’occasione per queste ‘lezioni’ era un caso concreto con le sue difficoltà.

“Ma sì... be’ forse non ho fatto bene, ma volevo farle capire che ci stiamo interessando, che siamo dalla stessa parte. Insomma sai, la mamma di Alessia ha molta stima per il maestro, le ho detto che sei suo figlio e anche se mi sembrava scocciata per questo mio intervento sono quasi sicura che ti telefonerà”, aggiunse dopo una pausa.

Cinzia era arrossita. Si rendeva conto che questo andava contro qualche regolamento o prassi e che sicuramente la Marani non avrebbe approvato. Ma insomma era a fin di bene. Quercetti, che non ne sapeva nulla intervenne comunque in soccorso della collega. “Insomma Eugenio, l’obiettivo è convincere i genitori a collaborare con gli insegnanti, magari insieme al pediatra che segue Alessia. Non so. In ogni caso noi non ci siamo riusciti”.

“Forse tu, come medico....” accennò Cinzia le cui gote erano rimaste un po’ imporporate. Eugenio esitava.

“Insomma, in ogni caso la mamma di Alessia ti chiamerà”, gli disse il padre con tono brusco mentre cercava sull’agenda il numero di casa Migliorini.

“Va bene. Se mi chiamerà la riceverò; ma non insistete con la famiglia. Non voglio avere problemi deontologici col professor Trabucchi. Vi farò sapere” concluse secco Eugenio.

Il diabetico e la sua famiglia

Il dottor Quercetti, seduto nel suo studio, gli occhi fissi al muro, stava pensando a tutto quello che, negli ultimi dieci giorni, gli aveva sostanzialmente scombussolato l'esistenza. A parte le personali vicende che gli erano esplose in mano come una bomba, anche tutto il resto lo aveva scosso. Riguardo ad Alessia aveva fallito.

La telefonata arrivò pochi giorni dopo. Cinzia aveva ragione: sentendo il tono professionale i genitori non avevano esitato ad aprirsi con lui.

Alessia aveva un controllo così così: un 8,2% di emoglobina glicata con uno schema terapeutico forse da modificare, nulla più; era tutto il resto che non andava. In classe la bambina, sei anni appena compiuti, diabetica da un anno e mezzo, appariva vivace ed in apparenza serena. La madre invece sembrava un'enorme campana di vetro: faceva lei tutto, controllando ogni cosa: utilizzava il refllettometro, leggeva le strisce, preparava l'insulina e la iniettava, senza che la bambina comprendesse e partecipasse. Il padre appariva quasi in un angolo e le poche parole dette erano sempre le stesse: "Ah dottore, tanto è tutto inutile. Non serve a niente. Sono tutte balle".

Quanto alla scuola non avrebbe dovuto saperne nulla.

"Dottore, parlarne con lei è una cosa. Ma la scuola, il paese dove abitiamo... meno la gente sa, meglio è", aveva detto la mamma, come se...

"Come se si vergognasse del diabete". Eugenio si accorse di

aver parlato a voce alta. Si alzò dalla poltroncina, andò verso il lavandino, aprì il rubinetto e, fatta una conca con le palme delle mani, si sciacquò il viso. In quel momento sentì bussare alla porta.

“Un attimo” gridò.

“C’è suo padre con l’altra insegnante” fece di rimando la Guadaïoli, una vigilatrice d’infanzia del suo reparto. Si asciugò il viso con un po’ di carta. Per lo meno il personale infermieristico si era quietato, pensò fra sé.

“Avanti” disse il medico.

La porta si aprì. Cinzia e suo padre erano sulla soglia. Li fece accomodare.

“Come sapete, ho fatto un bel buco nell’acqua!”

“Dai Eugenio, non te la prendere” lo rincuorò con sincerità Cinzia Cucchiari. “Che è successo?”.

“Be’, per ovi motivi di etica professionale non posso addentrarmi nei particolari. Comunque, in sintesi, madre chiocchia e padre menefreghista”.

“Eugenio” intervenne suo padre “guarda che non ci dici niente di nuovo; li ho visti ai colloqui di inizio anno e, diabete a parte, questa è la foto di quella famiglia”.

“Una foto non dissimile da altri casi, ma preferisco non generalizzare. Ci sono molti contesti familiari con genitori eccezionali” ribadì il medico. “Comunque ritorniamo a Alessia. In sostanza secondo i genitori, di questa malattia non deve sapere niente nessuno”.

“E allora?” chiese soprappensiero Cinzia.

“E allora il muro innalzato dalla famiglia va scalzato, distrutto. Alessia vive il suo diabete col padre, la madre e i medici del centro di diabetologia. Nient’altro. Non conosce altri bambini in quella situazione, non è assolutamente autosufficiente, di sicuro non la vorranno mandare a un campo scuola”.

“Alt!” intimò la Cucchiari. “Dov’è che non la vorranno mandare?”.

“Ad un campo scuola” le rispose. “È, questo, una sorta di soggiorno, della durata di circa una settimana, dove gruppi

di venti – venticinque bambini, possibilmente della stessa età, accompagnati da personale medico e infermieristico qualificato vengono seguiti affinché migliorino la propria capacità di autocontrollo della malattia. Le opinioni dei medici a tal proposito non concordano. C'è chi li considera dei ghetti, altri ancora li confondono con delle semplici vacanze. I campi sono invece uno strumento didattico importantissimo, dove, senza la presenza dei genitori, i piccoli diabetici imparano ad essere autonomi, si iniettano l'insulina da soli, si misurano le proprie glicemie e più in generale imparano a riconoscere meglio le variabili in gioco che determinano il loro stato di salute: dieta, moto, insulinoterapia. Il tutto deve avvenire sotto gli occhi competenti di un adeguato e ben preparato personale medico, psicologico ed infermieristico, senza ovviamente trascurare l'aspetto ludico. Anzi l'abilità sta proprio in quello: far passare come gioco ciò che gioco in realtà non è, bensì apprendimento e autocontrollo. I campi, se fatti bene, hanno una validità educativa enorme. Altro punto: Alessia, anzi meglio, i suoi genitori non conoscono nessun altro bambino in questa particolare situazione. Esistono associazioni di volontariato a cui ci si può rivolgere per non restare isolati. Alessia non può crescere sviluppando l'idea di essere una mosca bianca. E anche i genitori troverebbero sicuramente conforto nel condividere le proprie ansie e preoccupazioni con chi, più di ogni altro, può comprenderli. Per concludere: Alessia non deve crescere da sola. La sua vita – famiglia, scuola, centro diabetologico, società – non deve essere vissuta a compartimenti stagni. Da soli si rimane sconfitti. Per questo la scuola non può e non deve essere esautorata. È uno dei tanti anelli che costituiscono quella catena con l'aiuto della quale un diabetico deve collocare la propria esistenza. Se un anello salta, la catena si spezza e la vita del diabetico diventa difficile, ardua, piena di ostacoli.”

Cinzia guardava Eugenio ammirata:

“Eugenio, che cose straordinariamente belle stai dicendo!”.

"No Cinzia, ti ringrazio. Ma vorrei invece sentirmi dire che sto dicendo cose ordinarie, ben note da tempo".

"Sì, ti capisco", rispose lei.

"Vorrei queste cose ed altre ancora. Vorrei che, posta la diagnosi della malattia, la famiglia impari a convivere serenamente con quella che dovrebbe essere una condizione e basta. La condizione diabetica, non la malattia diabetica o peggio ancora. Lotterò tutta la vita perché ciò avvenga. Non è un'utopia. È molto, molto più vicino al reale di quanto si possa pensare".

"Senti l'idealista" sbottò il maestro.

"Quercetti, questo non lo devi dire. Senza sogni la società non avrebbe fatto un passo oltre l'età della pietra!" intervenne la Cucchiari che fissò l'anziano collega gelidamente.

"Ok. M'arrendo. Ma in sostanza, perché è solo questa che conta nella vita di tutti i giorni: la scuola cosa deve fare con i genitori di un bambino diabetico?"

"Oh papà, tantissime cose" gli rispose conciliante il figlio.

"Ah sì?" rimbeccò il padre. "Allora facciamo così. Chiediamo ad Eugenio di venire a scuola, se può, e gli facciamo udire il verbo della Marani".

"No, la Marani no!" supplicò Cinzia.

"Come la Marani no! Anche lei ha in classe Alessia. Così Eugenio si renderà conto che il problema non è risolto."

"La Marani è una buona insegnante. Un po' lunatica però: passa da un eccesso all'altro in un batter d'occhio" precisò Cinzia.

"Accidenti, ma cos'ha questa vostra collega?" chiese il medico.

"Da un giorno all'altro può passare da un atteggiamento donchisciottesco, in cui vive ogni problema come se fosse Giovanna d'Arco, ad altri in cui le frasi ricorrenti sono a noi non compete, non siamo attrezzati, ci vorrebbe un medico in classe, ecc."

"Riusciamo a vederci tutti e quattro, dove volete voi, venerdì pomeriggio?" domandò Eugenio.

"Venerdì c'è collegio docenti fino alle 18. Se vieni da noi alle

18.30, tanto si ritarda sempre, è meglio. La avvertiamo, e se è libera, è perfetto. Così non abbiamo da trasportarla a dritta e a manca" disse il buon vecchio.

"Speriamo bene.", sospirò Cinzia.

Cosa può fare la scuola per un bambino diabetico

Appena l'ebbe vista il suo occhio clinico l'aveva già inquadrata. Piccola, ma ben proporzionata, la Marani parlava a razzo come una macchinetta. Udiva solo se stessa. Eugenio non l'avrebbe mai voluta né come madre di un paziente, né come insegnante e nemmeno come semplice conoscente, lasciando ovviamente perdere ogni altra eventuale possibilità.

La Marani esordì sottolineando come la scuola avesse già richiesto e ottenuto l'intervento della struttura 'apposita', disse proprio così. Come dire che per lei la questione era chiusa. Ma la tentazione di esibirsi davanti a un nuovo 'pubblico' era troppo forte. "Questo lo dico come vicedirettore della scuola. Se devo parlare come insegnante di Alessia, be' vede dottore, io per Alessia se si tratta di darle una mano, guardi le sto attaccata giorno e notte, ma lei ammetterà, sa ci sono delle responsabilità, non solo quando sta in classe, ma quando vanno in palestra? Se cade e si fa male? Se mi cade e si fa male? E poi a mensa? Chi ce lo fa un certificato per una dieta particolareggiata? Perché non possiamo mica decidere noi ciò che è giusto che mangi".

La signora Marani parlava mentre Quercetti padre e Cinzia avevano assunto una faccia di circostanza. Eugenio aveva cercato di bloccarla educatamente con piccoli colpi di tosse, con qualche "scusi signora", "guardi per favore", ma niente, quella andava come un aereo a reazione e forse solo un missile avrebbe potuto bloccarla. E il missile partì.

Ancor oggi non ricorda come gli riuscì. Il tono della voce parti bassissimo:

“Senta signora, pensa di essere divertente oppure pensa che io sia un idiota?”.

Nell’aula piombò un silenzio tombale. Quercetti padre rimase impassibile. Cinzia nascose un sorriso dietro le mani.

“Mah” deglutì la Marani.

“Senta, mettiamola così” proseguì il medico. “Io e lei siamo i genitori di un diabetico al suo esordio. Della malattia non sappiamo quasi niente. Pensa che le preoccupazioni di un insegnante, così come lei le ha esposte, potrebbero esserci utili? Gioverebbero a nostro figlio? Oppure no? Lasciamo perdere questo approccio retorico. Sarò diretto. Che soluzioni dà alle sue perplessità? Ha cercato di darsi delle risposte, in questi giorni? Oppure preferisce continuare a porsi esclusivamente degli interrogativi?”.

“Nessuno si è mai permesso...”, tossicchiò l’insegnante.

“No” la precedette Eugenio “continua a non capire. Io non ho nessuna intenzione di offenderla. Soprattutto nessun diritto. Siamo quattro statali, qua, in questa sala, al di fuori del proprio orario di servizio, per cercare di chiarire, se possibile, alcuni problemi professionali. Siamo d’accordo almeno su questo?”.

“Sì, ma...”

“Benissimo” incalzò Eugenio “siamo sulla strada giusta. Quattro professionisti che cercano soluzioni ai problemi che una particolare condizione impone ad un bambino. Allora, per affrontare casi di questa levatura credo che tutti abbiano bisogno di informazioni, di corrette informazioni. Non ho la pretesa di essere onnisciente, né didatticamente perfetto. So che non ha avuto tempo di partecipare ai nostri incontri. Ma non creda che non la capisca: Lei ha la sua professione, la sua famiglia, mi pare due figli, deve far da mangiare, pulire, stirare, essere una moglie sempre all’altezza imposta dal ruolo di una donna moderna, no, non creda che non capisca. Essere donna oggi è durissimo. Un ruolo da far tremare i polsi”.

Cinzia guardava Eugenio perplessa, colta da un sentimento che non sapeva distinguere tra l'approvazione e la gelosia.

"Però" proseguì il medico "se non ha avuto il tempo di accedere a un'informazione corretta, posso consigliarle ogni genere di indicazione bibliografica all'altezza del ruolo che le compete. Posso prestarle libri, dispense, aggiornamenti. Forse non ci sarà qualcosa di specifico per voi insegnanti, ma credo che taluni autori abbiano scritto cose straordinarie, sia per noi medici sia per le famiglie, che sicuramente agevoleranno il suo accesso alla conoscenza del diabete".

"Dottor Quercetti, lei si è esibito in un bel predicozzo nei miei confronti, ben condotto davanti a suo padre e a una mia collega. Pensa che tutto questo aiuti me e più in generale la classe degli insegnanti? Sa che cosa può fregarne, scusi il termine, della mia preparazione in direzione o ancora in provveditorato, per non parlare del ministero della pubblica istruzione? Sa come mi verrà riconosciuta? Le rispondo io: niente, caro dottore. Abbiamo fatto due ore in più per ascoltare il professor Trabucchi. Benissimo, è stato interessante ma il mio stipendio non è cambiato né cambierà di un millimetro e questo glielo dico non perché io voglia monetizzare...".

"Signora Marani" la interruppe il medico "ci stiamo avviando verso considerazioni per le quali io non sono l'interlocutore più accreditato. Crede che non sappia quanto sia pagato un insegnante? Mio padre mi ha mantenuto all'università con il suo stipendio e sa solo il Signore come ci sia riuscito. Vuole la mia solidarietà? Gliela offro immediatamente, così come la offro ai miei colleghi di lavoro, ai magistrati, ecc. Ma, tornando nello specifico, tornando al nostro caso, crede che queste nostre ovvie considerazioni sollevino Alessia dalla condizione di bambina affetta da diabete? Anni or sono un vostro collega pubblicò un libro dal titolo "lo speriamo che me la cavo". L'autore voleva sollevare o meglio denunciare situazioni di deprivazione culturale presenti nel contesto dove egli svolgeva la propria professione. Così come spero egli non abbia voluto giocare sugli errori di sintassi, io non voglio giocare

con chi, sfortunatamente, ha il diabete. Voglio semplicemente che, fra qualche anno, Alessia in un tema, sul diario, su dove volete voi, scriva "Io me la cavo". Cioè sono autosufficiente, sto imparando a gestire la mia condizione da sola, ce la faccio. Ma poiché è un soggetto minorenni, noi medici, voi insegnanti, la famiglia insomma tutto l'universo che ruota intorno al suo piccolo mondo deve aiutarla in questo. Da sola, a sei anni, non ce la può fare. I problemi che lei mi ha posto sono del tutto inconsistenti: un bambino diabetico può alimentarsi normalmente e per normalmente intendo un regime dietetico corretto anche per qualsiasi altro bambino. In palestra si può sbucciare un ginocchio? Fa nulla: con le gambe piene di lividi e di escoriazioni ci sono cresciuti tutti i bambini esistenti sulla faccia della terra, diabetici compresi". Il medico e l'insegnante si guardavano. Fu quest'ultima a riaprire la discussione:

"Ammezzo e non concesso che lei abbia ragione, si rende conto di quanto più complessa sia la situazione?" disse la Marani.

"Cioè?".

"Cioè? Ma come fa a non capire? Nella nostra piccola realtà, con i portatori di handicap come la mettiamo? Con i figli dei tossicodipendenti? Ma lo sa che razza di richieste ci piombano addosso dalle famiglie? C'è chi vorrebbe il corso di educazione sessuale, quello sulle sostanze inquinanti, c'è chi lo chiede sull'alimentazione, sulle vaccinazioni, sulle malattie infettive. E noi?" l'insegnante lasciò la domanda come se fosse sospesa in aria.

"Le sue osservazioni sono complesse" concesse il medico "ma siamo sicuri che il ruolo della scuola coincida solo con 'l'offrire soluzioni'?"

"Cosa intende dire?", chiese la Marani disorientata.

"Forse la capacità di un insegnante sta anche nell'identificare correttamente un problema, nello sgretolare il muro dell'omertà, nell'esercitare l'arte della maieutica. In questo la scuola ha un ruolo davvero insostituibile".

Il medico guardò la faccia perplessa della maestra Marani che taceva. Calò il silenzio.

E questo, commentarono il giorno dopo la Cucchiari e Quercetti, era un fatto davvero straordinario.

Conclusione

“Buoni questi gamberoni, vero?”, disse Eugenio versando un po’ di vino bianco nel bicchiere di Cinzia.

“Sono fantastici!” esclamò ridendo la donna “Ehi, versa poco! Sono già un po’ brilla”.

Il ristorante scelto da Eugenio per quella cenetta a due era tra i migliori che conoscesse. Il mare, oltre la vetrata, borbottava lievi flutti contro gli scogli. Alcune pennellate rossastre solcavano un cielo limpido.

L'imbrunire stava terminando e già qualche stella iniziava a disegnare la notte. La luce delle candele illuminava i loro volti. Cinzia era semplicemente stupenda. Eugenio la guardava: dove aveva trovato il coraggio per invitarla?

Sta di fatto che lei aveva risposto di sì, senza tentennamenti. Terminato il pasto e giunti al caffè, Cinzia guardò Eugenio con dolcezza, ma le sue parole erano velate di amarezza:

“A cosa pensi?”, chiese Cinzia.

“A quello che ho provato a spiegare alla signora Marani”.

“O quella!”, sbuffò Cinzia.

“Senti, che tu non la possa vedere è un conto. Così a pelle nemmeno a me è risultata simpatica. Però è vero che tanti problemi da lei sollevati restano insoluti”.

Cinzia reclinò il capo da un lato e fissò interrogativamente il medico.

“Per esempio la necessità” proseguì Eugenio “di una maggiore collaborazione fra famiglia, scuola, centro diabetologico e società”.

"Parole sante" disse Cinzia. "Ma...".

"Ma credo di non aver fatto abbastanza" la interruppe il medico.

"Eugenio, questo non te lo lascio dire. Tu hai fatto tantissimo in questi giorni. Volevo chiederti: quanti diabetici possono capitare ad un insegnante?".

"Beh, lasciando da parte la Sardegna che ha un'incidenza quasi quadrupla, ogni anno il diabete colpisce una persona nuova su 10.000. Dipende da quanti bambini avrai a scuola, durante la tua vita professionale. Poi un soggetto può diventare diabetico a qualsiasi età, non solo a sette, otto anni. Tuttavia la possibilità che un insegnante abbia a che fare con un diabetico non è poi così remota..."

La donna guardò il mare. Era spuntata la luna. La statistica epidemiologica non era al momento il centro del suo interesse. "Eugenio, vorrei dirti una cosa, una cosa che non c'entra niente col diabete...".

RIFERIMENTI LEGISLATIVI

1. Legge 16 marzo 1987, numero 115. Disposizioni per la cura e la prevenzione del diabete mellito.

È una legge vecchia: fa riferimento ad altre leggi ed istituzioni non più operanti o non più esistenti. Tuttavia è pur sempre la bussola giuridica che tutela i diritti di un cittadino diabetico. E non ne esiste una più recente.

1.1. Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano predispongono, nell'ambito dei rispettivi piani sanitari e dei limiti finanziari indicati dal fondo nazionale, progetti-obiettivo, azioni programmate ed altre idonee iniziative dirette a fronteggiare la malattia del diabete mellito, considerata di alto interesse sociale.

1.2. Gli interventi di cui al comma I sono rivolti:

- a) alla prevenzione e alla diagnosi precoce della malattia diabetica;
- b) al miglioramento delle modalità di cura dei cittadini diabetici;
- c) alla prevenzione delle complicanze;
- d) ad agevolare l'inserimento dei bambini nelle attività scolastiche, sportive e lavorative;
- e) ad agevolare il reinserimento sociale dei cittadini colpiti da gravi complicanze post-diabetiche;
- f) a migliorare l'educazione e la coscienza sociale generale per la profilassi della malattia diabetica;
- g) a favorire l'educazione sanitaria del cittadino diabetico e

della sua famiglia;

h) a provvedere alla preparazione ed all'aggiornamento professionale del personale sanitario addetto ai servizi.

2.1. Ai fini della prevenzione e della diagnosi precoce della malattia diabetica e delle sue complicanze, i piani sanitari e gli altri strumenti regionali di cui all'articolo 1 indicano alle unità sanitarie locali, tenuto conto di criteri e metodologie stabiliti con atto di indirizzo e coordinamento da emanarsi ai sensi dell'articolo 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sentito l'Istituto Superiore di Sanità, gli interventi operativi più idonei per:

- a) individuare le fasce di popolazione a rischio diabetico;
- b) programmare gli interventi sanitari su tali fasce.

2. Per la realizzazione di tali interventi sanitari le unità sanitarie si avvalgono dei servizi di medicina scolastica.

3 Il Ministro della sanità, sentito l'Istituto Superiore di Sanità, presenta annualmente al Parlamento una relazione di aggiornamento sullo stato delle conoscenze e delle nuove acquisizioni scientifiche in tema di diabete mellito e di diabete insipido, con particolare riferimento ai problemi concernenti la prevenzione.

3.1. Al fine di migliorare le modalità di diagnosi e cura le regioni, tramite le unità sanitarie locali provvedono a fornire gratuitamente ai cittadini diabetici, oltre ai presidi diagnostico-terapeutici, di cui al decreto del Ministro della sanità dell'8 febbraio 1982, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 17 febbraio 1982, n. 46, anche altri presidi sanitari ritenuti idonei, allorché vi sia una specifica prescrizione e sia garantito il diretto controllo dei servizi di diabetologia.

4.1. Ogni cittadino affetto da diabete mellito deve essere fornito di tessera personale che attesta l'esistenza della malattia diabetica. Il modello di tale tessera deve corrispondere alle indicazioni che saranno stabilite dal Ministro della Sanità

entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

2. I cittadini muniti della tessera personale di cui al comma 1 hanno diritto, su prescrizione medica, alla fornitura gratuita dei presidi diagnostici e terapeutici di cui all'articolo 3. (Con D.M. 7 gennaio 1988, n. 23 – G.U. 5 febbraio 1988, n. 29 sono state dettate le indicazioni per la tessera prevista dal presente comma).

5.1. Con riferimento agli indirizzi del Piano Sanitario Nazionale, nell'ambito della loro programmazione sanitaria, le regioni predispongono interventi per:

a) l'istituzione di servizi specialistici diabetologici, secondo parametri che tengano conto della densità della popolazione, delle caratteristiche geomorfologiche e socio-economiche delle zone di utenza e dell'incidenza della malattia diabetica in ambito regionale;

b) l'istituzione di servizi di diabetologia pediatrica in numero pari ad uno per ogni regione, salvo condizioni di maggiore necessità per le regioni a più alta popolazione. La direzione di tali servizi è affidata a pediatri diabetologici;

c) l'istituzione di servizi di diabetologia a livello ospedaliero nell'ambito di un sistema dipartimentale interdisciplinare e polispecialistico.

2. Criteri di uniformità validi per tutto il territorio nazionale relativamente a strutture e parametri organizzativi dei servizi diabetologici, metodi di indagine clinica, criteri di diagnosi e terapia, anche in armonia con i suggerimenti dell'Organizzazione mondiale della sanità, sono stabiliti ai sensi dell'articolo 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

3. I servizi di diabetologia svolgono in particolare i seguenti compiti:

a) prevenzione primaria e secondaria del diabete mellito;

b) prevenzione delle sue complicanze;

c) terapia in situazioni di particolare necessità clinica;

d) consulenza diabetologica con il medico di base e le altre

- strutture ove siano assistiti cittadini diabetici;
- e) consulenza con divisioni e servizi ospedalieri in occasione dei ricoveri di cittadini diabetici;
 - f) addestramento, istruzione, educazione del cittadino diabetico;
 - g) collaborazione con le unità sanitarie locali per tutti i problemi di politica sanitaria riguardanti il diabete.

6.1. Con riferimento agli indirizzi del Piano Sanitario Nazionale, nell'ambito della loro programmazione sanitaria, le regioni predispongono interventi per la opportuna preparazione del personale operante nelle unità sanitarie locali sul tema del diabete mellito, anche mediante la istituzione di corsi periodici di formazione ed aggiornamento professionale, utilizzando a tal fine i servizi diabetologici di cui all'art. 5.

7.1. Nell'ambito della loro programmazione sanitaria le regioni promuovono iniziative di educazione sanitaria, rivolte ai soggetti diabetici e finalizzate al raggiungimento della autogestione della malattia attraverso la loro collaborazione con i servizi socio-sanitari territoriali.

2. Le regioni promuovono altresì iniziative di educazione sanitaria sul tema della malattia diabetica rivolte alla globalità della popolazione, utilizzando fra l'altro le strutture scolastiche, sportive e socio-sanitarie territoriali,

8.1. La malattia diabetica priva di complicanze invalidanti non costituisce motivo ostativo al rilascio di idoneità fisica per la iscrizione nelle scuole di ogni ordine e grado, per lo svolgimento di attività sportive a carattere non agonistico e per l'accesso ai posti di lavoro pubblico e privato, salvo i casi per i quali si richiedano specifici, particolari requisiti attitudinali.

2. Il certificato di idoneità fisica per lo svolgimento di attività sportive agonistiche viene rilasciato previa presentazione di una certificazione del pediatra diabetologo curante o del

medico responsabile dei servizi di cui all'articolo 5, attestante lo stato di malattia diabetica compensata nonché la condizione ottimale di autocontrollo e di terapia del soggetto diabetico.

3. Il Ministro della Sanità, sentito il Ministro del Lavoro e della Previdenza sociale, indica, con proprio decreto, altre forme morbose alle quali sono applicabili le disposizioni di cui al comma 1.

9.1. Per il raggiungimento degli scopi di cui all'articolo 1, le unità sanitarie locali si avvalgono della collaborazione e dell'aiuto delle associazioni di volontariato nelle forme e nei limiti previsti dall'articolo 45 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

10.1. All'onere derivante dall'attuazione della presente legge valutato in lire 6.400 milioni per l'anno 1987 e in lire 8.000 milioni per ciascuno degli anni 1988 e 1989, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 1987-1989, al capitolo 6856 dello stato di previsione del Ministero del Tesoro per l'anno finanziario 1987, utilizzando lo specifico accantonamento di cui alla voce "Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito"

2. Il Ministero del Tesoro è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni in bilancio.

Altri riferimenti

- Atto di indirizzo e di coordinamento in materia di prevenzione e cura del diabete mellito: CSN giugno 1991
- Legge 27 maggio 1991, n. 176 "Convenzione sui diritti del fanciullo, New York, 20 novembre 1989"
- D.P.R. 23 luglio 1998 "Approvazione del Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000"
- Piano d'azione nazionale 2000-2001 per l'infanzia e l'a-

dolescenza ai sensi dell'art. 2, della legge 23 dicembre 1997, n. 451

- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 "Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale"
- D.M. 24 aprile 2000 "Adozione del progetto obiettivo materno infantile relativo al Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000"

Cosa può fare un insegnante per un alunno con il diabete? Molto, soprattutto se ha la pazienza di "mettersi a studiare". Quercetti, insegnante di antico stampo e Cinzia, sua giovane collega, hanno in classe Alessia, 6 anni con il diabete. A Quercetti e Cinzia non basta aver appreso qualche formuletta rassicurante e ambedue rifuggono per esperienza e carattere la facile strada della compassione. I due insegnanti di scuola elementare vogliono capire, vogliono essere d'aiuto per Alessia. Insieme a un pediatra apprendono le nozioni più importanti sulla patologia, sull'autocontrollo, sulla terapia del diabete di tipo 1 e un po' sul mondo visto dai bambini.

Riccardo Lera è nato a Novi Ligure nel 1956. Pediatra, è Responsabile dell'Ambulatorio di Diabetologia Pediatrica Cesare Arrigo di Alessandria. Organizzatore di numerosi Campi Scuola, oltre a Quelli che il diabete, ha pubblicato un racconto di ambientazione storica nel volume Le storie del 900 e nel 2001 L'Uspidalet con Roberto Botta, la storia dell'ospedale infantile Arrigo di Alessandria.

Sandro Rigardo è nato ad Acqui Terme nel 1946. Pediatra endocrinologo è Responsabile Pediatria del Dipartimento Materno Infantile dell'ASL 22- Regione Piemonte. Da 15 anni organizza campi scuola per bambini diabetici. Un'esperienza riassunta nel libro Quelli che il diabete pubblicato nel 2000 insieme a Riccardo Lera ed edito da Roche Diagnostics.



ACCU-CHEK®

Vivi la vita. Come vuoi.