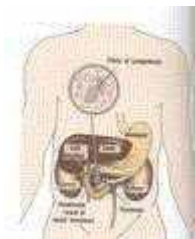


DIABETE MELLITO TIPO 2: UNA EPIDEMIA IN CONTINUO AUMENTO.

*Sergio Stagnaro**



"Lentamente muore chi abbandona un progetto prima di iniziarlo,
chi non fa domande sugli argomenti che non conosce,
chi non risponde quando gli chiedono qualcosa che conosce".
(Martha Medeiros: "Lentamente muore")

Da mezzo secolo nella prevenzione al diabete mellito tipo 2 nulla, fondata sullo *screening*, nulla di sostanziale è cambiato, nonostante che la via originale e clinica, fondata sulla Costituzione Semeiotico-Biofisico-Quantistica Diabetica e sul suo Reale Rischio Congenito, da me attuata con successo e suggerita inutilmente a Ministri della Salute e alla Società Italiana di Diabetologia, sia stata accettata e presentata ai medici da parte di numerosi Editori lungimiranti ed intellettualmente onesti di famose "peer-reviews", come si può leggere nel mio sito, www.semeioticabiofisica.it (1-13).

All'inizio del terzo millennio l'incidenza del diabete nel mondo è in progressivo, allarmante aumento.

ScienceDaily del 30 gennaio 2008, sulla base di dati forniti dalla prestigiosa rivista Arch. Intern. Med. (2008;168[2]:192-199), organo ufficiale dell'American Medical Association, riferisce che il numero annuale di Americani in età superiore ai 65 anni, fino allora non riconosciuti come diabetici, sono aumentati del 23% nel periodo 1994-1995 e 2003-2004!

Inoltre, l'articolo citato informa che, secondo una equipe medica della Duke University Medical Center, Durham, North Carolina, nel 1994 sono stati diagnosticati 33.164 nuovi pazienti diabetici, nel 1999 altri 31.722, mentre nel 2003 i diabetici, riconosciuti tali per la prima volta, erano saliti in modo preoccupante a 40.058, associati ad un parallelo aumento di "complicazioni" diabetiche.

Ad una attenta lettura, la conclusione dell'articolo è desolante, rivelando una generale miopia scientifica e una oscurantistica chiusura mentale da parte sia dei Diabetologi, sia dei responsabili della conservazione della Salute della popolazione mondiale: "The burden of financing and providing medical care for persons older than 65 in the United States having diagnosed diabetes is growing rapidly as a result of increased incidence and, especially, prevalence of diagnosed diabetes, decreased mortality and overall lack of improvement in rates of complications in persons having diagnosed diabetes." (ibidem)

Nonostante le costose campagne di lotta e l'impegno di medici, ricercatori, Ministri della Salute, Società per lo Studio del Diabete, Giornalisti specializzati nella divulgazione scientifica, Assessori alla Salute, l'epidemia diabetica è in continuo, inarrestabile, preoccupante aumento.

Ovviamente con l'incremento del dismetabolismo gluco-lipidico aumentano anche le cosiddette "complicazioni" vascolari negli organi bersaglio, come retina, cervello, reni, cuore, delle quali l'iperglicemia è solo un fattore ambientale di rischio: senza la presenza del Reale Rischio Congenito di CVD, tutti i 300 fattori di rischio noti sono innocenti spettatori (14).

Infatti, come ho dimostrato anni or sono (1-13, 15, 16), non è il dismetabolismo glico-lipidico la "causa" delle note e gravi "complicazioni", per il semplice fatto che tutti i reali rischi sono

congeniti, incluso quello diabetico, cioè sono presenti già alla nascita, mentre le lesioni tessutali, di origine vascolare, compaiono e vanno lentamente intensificandosi prima che la gluco-tossicità e la lipo-tossicità possano intervenire, rappresentando essi due soli dei fattori, circa 300, che manifestano, aggravandoli, i reali rischi di "complicazioni" alla base delle numerose, morbigene, spesso mortali, lesioni degli organi bersaglio.

Come ormai noto le lesioni d'organo insorgono anni o decenni prima dell'insorgenza della fenomenologia diabetica, sulla base dei relativi rischi congeniti. Questo fatto spiega, per esempio, il perché esistono diabetici con e senza cardiopatia ischemica e pazienti colpiti da Sindrome Metabolica con e senza diabete (1, 18).

Periodicamente la WHO, le proliferanti Società per lo Studio del Diabete, i Ministri della Salute, Ricerca ed Università, Assessori Regionali, Provinciali, Comunali, Politici, lanciano campagne di lotta al diabete, annunciate dai media con dovizia di particolari, promuovendone gli organizzatori, condotte fino ad ora tutte, senza eccezione, in modo irrazionale, alla luce delle attuali conoscenze della patogenesi del diabete mellito, accettate ormai dalle più celebri fonti mondiali di informazione medica (1-18).

Screening non significa Prevenzione Primaria!

Le cause principali della tragica, luttuosa, fallimentare, dispendiosa sconfitta della lotta al diabete si comprendono facilmente se ascoltiamo rispettosamente, con animo sereno e cuore sgombro da preconcetti ed egoismi, quanto affermava uno tra i più eccellenti Clinici mondiali del secolo scorso:

"E' difficile rimuovere metodi perfettamente organizzati, dalla lunga tradizione, sostenuti da nomi anche illustri, basati su un corredo dottrinario elegante ma errato; forte sotto l'aspetto politico, economico, organizzativo, finanziario, pseudo-sociale. Osiamo affrontare l'immane problema, più che nella convinzione di riuscire e risolvere, per non sentirci in colpa verso noi" (19).

Nella mia Lettera Aperta, inviata il 10 novembre 2004 all'allora Ministro della Salute, Prof G. Sirchia (Nel mio sito www.semeiomaticabiofisica.it: Stagnaro. Lettera Aperta. Sirchia), illustravo in modo chiarissimo una originale ed efficace prevenzione primaria semeiotico-biofisico-quantistica del diabete, dove il ruolo centrale è svolto dai Medici di Medicina Generale.

Questa prevenzione primaria è attuabile "bedside" su vastissima scala e senza spesa alcuna per il SSN, con l'aiuto di numerosi metodi diagnostici semeiotico-biofisici, recentemente arricchiti dal "test della osteocalcina endogena", descritto nei dettagli in precedenti lavori (1, 20, 21).

Fatto importante, l'unico strumento richiesto per l'esecuzione di questa prevenzione primaria del diabete (il tipo 2 rappresenta il 95% di tutti i casi) è il fonendoscopio, necessariamente utilizzato da medici aggiornati nella semeiotica fisica, cioè con sicura conoscenza della Semeiotica Biofisica Quantistica.

In realtà, nella previsione degli obiettivi raggiungibili nell'intraprendere una impresa di largo respiro, accanto alle buone intenzioni bisogna rispettare prima di tutto la logica che la sottende per evitare in futuro i ben noti *flop* delle passate e presenti sterili campagne!

Una sicura esperienza clinica mi permette di affermare, sfidando ogni eventuale smentita da parte di chicchessia, che il diabete mellito tipo 2 finora non è stato affrontato con adeguate, razionali ed efficaci misure cliniche, affidabili ed applicabili su vastissima scala nei soli individui a Rischio Reale, e indispensabili ai fini del monitoraggio terapeutico di individui colpiti dalle costituzioni diabetica "e" dislipidemica, associate ai Reali Rischi Congeniti.

Inoltre, è indispensabile la diagnosi quantitativa di queste alterazioni biologiche, basate su numerose - e in gran parte al momento sconosciute - mutazioni genetiche sia del n-DNA sia del mit-DNA.

Inoltre, per quanto concerne il controllo del metabolismo gluco-lipidico, il metodo migliore in assoluto è la Valutazione Semeiotico-Biofisico-Quantistica dei PPARs epatici, illustrata dettagliatamente sia in Pratiche Applicazioni, nel mio sito, sia in precedenti articoli (22-25).

Forniti di simili efficaci ed affidabili strumenti clinici, i Medici di MG. possono monitorare bedside l'eventuale evoluzione diabetica della Sindrome Pre-Metabolica, inevitabile per l'ottima riuscita della prevenzione primaria, come vado affermando inascoltato da ben 15 aa. (26).

A mio parere, oggi come allora, tra i numerosi motivi dell'attuale desolante situazione di prevenzione primaria del diabete i seguenti svolgono un ruolo primario:

A) Le cosiddette "complicazioni" renali, retiniche, cerebrali, coronariche, ecc., del diabete mellito insorgono notoriamente decenni e decenni prima della comparsa dei segni diabetici, sia ematologici sia clinici. Ne consegue che la diagnosi di diabete, fondata sulla attuale politica glicemologica, per quanto apparentemente precoce, è "sempre" inevitabilmente tardiva ignorando la Semeiotica Biofisica quantistica Endocrinologia.

B) Le odierne valutazioni, raffinate, sofisticate e sufficientemente precise, delle alterazioni del metabolismo glicidico in fasi iniziali (clamping normoglicemico-iperinsulinemico, per es.) NON possono essere applicate su vasta scala per comprensibili motivi economici ed organizzativi, aggravati dalla mancata conoscenza del Reale Rischio Congenito Diabetico, dipendente dalle Costituzioni sia Diabetica sia Dislipidemica, in accordo con Joslin (27). Inoltre le nominate indagini strumentali non sono in grado oggi di evidenziare e quantizzare le varie costituzioni e i relativi reali rischi congeniti, a differenza delle manovre semeiotico-biofisico-quantistiche, come la valutazione clinica dei PPARs epatici, vasoparietali, miocardici (22-25).

C) La Sindrome Metabolica è preceduta sempre, per anni o decenni, dalla Sindrome Pre-Metabolica, anch'essa classica e "variante" (la seconda "conditio sine qua non" della litiasi), descritta da chi scrive, riconoscibile in modo quantitativo e clinico con la Semeiotica Biofisica Quantistica (28), così come le costituzioni dislipidemica "e" diabetica e i relativi Reali Rischi congeniti, "alla base" del diabete mellito.

D) Il termine *screening*, usato come sinonimo di prevenzione primaria, non è affatto corretto dal punto di vista scientifico ed operativo. Infatti, è necessario specificare se si tratta di prevenzione primaria (attuata per prevenire l'insorgenza di una malattia), secondaria (con riferimento prevenzioni delle complicazioni della patologia), terziaria, rivolta a contrastare il progredire delle cosiddette "complicazioni" ormai in atto, possibili soltanto quando dalla nascita è riconoscibile il Reale Rischio Congenito di malattia renale, retinica, coronaria, cerebrale, accanto ovviamente al Reale Rischio Congenito di diabete, in portatori delle due costituzioni sopra riferite.

Più scientifico è definire gli attuali, costosi ed inutili strumenti di lotta glicemologici come precoce riconoscimento di una malattia, in atto anche se non diagnosticata, indipendentemente dalla presenza e dalla gravità delle sue complicazioni. Meglio sarebbe parlare di prevenzione "secondaria", senza esprimere in questa sede giudizi sui risultati della terapia attuale nel diabete mellito!

In conclusione, nella prevenzione primaria efficace delle comuni e gravi patologie, come diabete, CVD e cancro, condotta arruolando esclusivamente gli individui a reale rischio "congenito", vi è urgente bisogno di Ministri, Docenti di Medicina, Responsabili della Salute Pubblica, Dirigenti Responsabili nelle varie, troppo numerose, Società di Medicina, Politici, e soprattutto di Medici di

Medicina Generale che antepongano il dialogo al sospetto silenzio, e siano mentalmente aperti a conoscenze scientifiche che hanno superato il severo, ma onesto, giudizio della critica (13). Il desolante, sospetto, dannoso silenzio sulla Semeiotica Biofisica Quantistica potrà essere cancellato soltanto dall'unione di persone di cultura animate sinceramente dalla volontà di dare vita al Nuovo Rinascimento della Medicina!

* **Sergio Stagnaro MD**

Via Erasmo Piaggio 23/8,

16039 Riva Trigoso (Genoa) **Italy**

Founder of Quantum Biophysical Semeiotics

Who's Who in the World (and America)

since 1996 to 2010

Ph 0039-0185-42315

Cell. 3338631439

www.semeioticabiofisica.it ;

dottsergio@semeioticabiofisica.it

http://club.quotidianonet.ilsole24ore.com/blog/sergio_stagnaro

Bibliografia.

- 1) Stagnaro Sergio. Reale Rischio Semeiotico Biofisico. I Dispositivi Endoarteriolar di Blocco neoformati, patologici, tipo I, sottotipo a) oncologico, e b) aspecifico. Ediz. Travel Factory, www.travelfactory.it, Roma, 2009.
- 2) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S. Introduzione alla Semeiotica Biofisica. Il Terreno Oncologico. Travel Factory, Roma, 2004. http://www.travelfactory.it/semeiotica_biofisica.htm
- 3) Stagnaro S., Stagnaro-Neri M., Le Costituzioni Semeiotico-Biofisiche. Strumento clinico fondamentale per la prevenzione primaria e la definizione della Single Patient Based Medicine. Travel Factory, Roma, 2004. http://www.travelfactory.it/libro_costituzionisemeiotiche.htm
- 4) Stagnaro S., Stagnaro-Neri M. Single Patient Based Medicine. La Medicina Basata sul Singolo Paziente: Nuove Indicazioni della Melatonina. Travel Factory, Roma, 2005. http://www.travelfactory.it/libro_singlepatientbased.htm
- 5) Stagnaro S. Pivotal role of Biophysical Semeiotic Constitutions in Primary Prevention. Cardiovascular Diabetology, 2:1, 2003 <http://www.cardiab.com/content/2/1/13/comments#5753>
- 6) **Stagnaro Sergio.** Epidemiological evidence for the non-random clustering of the components of the metabolic syndrome: multicentre study of the Mediterranean Group for the Study of Diabetes. *Eur J Clin Nutr.* 2007 Feb 7; [MEDLINE]
- 7) Stagnaro S., West PJ., Hu FB., Manson JE., Willett WC. Diet and Risk of Type 2 Diabetes. *N Engl J Med.* 2002 Jan 24;346(4):297-298. [Medline]
- 8) **Stagnaro S.** Pivotal role of Biophysical Semeiotic Constitutions in Primary Prevention. *Cardiovascular Diabetology*, 2003, <http://www.cardiab.com/content/2/1/13/comments#5753>
- 9) **Stagnaro S.** Pre-metabolic syndrome: the real initial stage of metabolic-syndrome, type 2 diabetes and arteroscleropathy. *Cardiovascular Diabetology* 2004. <http://www.cardiab.com/content/3/1/1/comments>
- 10) **Stagnaro Sergio.** Bedside diagnosing diabetic and dyslipidaemic constitutions and diabetes real risk. 2 October 2006 <http://www.cmaj.ca/cgi/eletters/175/7/733>
- 11) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Sindrome di Reaven, classica e variante, in evoluzione diabetica. Il ruolo della Carnitina nella prevenzione del diabete mellito. *Il Cuore.* 6, 617, 1993 [Medline]
- 12) **Stagnaro Sergio.** New bedside way in Reducing mortality in diabetic men and women. *Ann. Int. Med.* 2007. <http://www.annals.org/cgi/eletters/0000605-200708070-00167v1>
- 13) **Stagnaro Sergio.** Middle Ages of today's Medicine, Overlooking Quantum-Biophysical Semeiotic Constitutions and Related Inherited Real Risk. <http://sciphu.com> November 4, 2008. <http://sciphu.com/2008/11/meadle-ages-of-todays-medicine.html>

- 14) **Sergio Stagnaro**. Without CAD Inherited Real Risk, All Environmental Risk Factors of CAD are innocent Bystanders. *Canadian Medical Association Journal*. CMAJ, 14 Dec 2009, <http://www.cmaj.ca/cgi/eletters/181/12/E267#253801>
- 15) **Sergio Stagnaro**. Biophysical-Semeiotic Dyslipidaemic Constitution. Cyber Lecture, www.indmedica.com, 2006, <http://cyberlectures.indmedica.com/show/50/1/Biophysical-Semeiotic-Dyslipidaemic-Constitution>
- 16) **Sergio Stagnaro**. Biophysical-Semeiotic Diabetic Constitution. Cyber Lecture, www.indmedica.com, 2006, <http://cyberlectures.indmedica.com/show/60/1/Diabetic-Constitution>
- 17) Stagnaro Sergio. Role of Coronary Endoarterial Blocking Devices in Myocardial Preconditioning - c007i. Lecture, V Virtual International Congress of Cardiology, 2005
- 18) **Stagnaro Sergio**. CAD Inherited Real Risk, Based on Newborn-Pathological, Type I, Subtype B, Aspecific, Coronary Endoarteriolar Blocking Devices. Diagnostic Role of Myocardial Oxygenation and Biophysical-Semeiotic Preconditioning. www.athero.org, 29 April, 2009 <http://www.athero.org/commentaries/comm907.asp>
- 19) Luigi Di Bella: "Cancro: siamo sulla strada giusta?". Edizioni Travel Factory Srl – Roma, 2001
- 20) **Stagnaro Sergio**. Bedside Biophysical-Semeiotic Osteocalcin Test in Diagnosing and Monitoring Diabetes. www.sciphu.com, 2008 <http://sciphu.com/2009/04/osteocalcin-quantum-biophysical.html>
- 21) **Stagnaro Sergio**. Il test Semeiotico-Biofisico della Osteocalcina nella prevenzione primaria del diabete mellito. www.fce.it Febbraio 2008. http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=909&Itemid=47 e alla URL <http://quantic-appunti.blogspot.com/2010/03/il-test-della-osteocalcina-nella.html>
- 22) Stagnaro Sergio. [Biophysical-Semeiotic Bed-Side Evaluating PPARs Activity in Metabolic Syndrome](http://www.cardiab.com/content/4/1/14/comments#211488). *Cardiovascular Diabetology*. (19 September 2005) <http://www.cardiab.com/content/4/1/14/comments#211488>
- 23) Stagnaro Sergio. Pivotal PPARs Activity Bed-side Evaluation in Pre-Metabolic Syndrome and Metabolic Syndrome Primary Prevention. *Cardiovascular Diabetology*. 2005, 4:13 doi:10.1186/1475-2840-4-13
- 24) Stagnaro Sergio. Bedside biophysical-semeiotic PPARs evaluation in glucose-lipid metabolism monitoring. *Annals of Family Medicine* 2007; 5: 14-20. <http://www.annfammed.org/cgi/eletters/5/1/14>
- 25) Stagnaro Sergio. Pivotal Role of Liver PPARs Activity Bed-side Evaluation in Monitoring glucidic and lipidic Metabolism. *Lipids in Health and Disease*. 02 June 2007, <http://www.lipidworld.com/content/6/1/12/comments#284542>
- 26) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Sindrome di Reaven, classica e variante, in evoluzione diabetica. Il ruolo della Carnitina nella prevenzione del diabete mellito. *Il Cuore*. 6, 617, 1993 [Medline]
- 27) Joslin. Diabete Mellito. Medical Books, XII Ed., 1989.
- 28) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., La "Costituzione Colelitiasica": ICAEM-a, Sindrome di Reaven variante e Ipotonia-Ipocinesia delle vie biliari. *Atti. XII Settim. It. Dietol.* 20, 239
- 29) Stagnaro Sergio. Diagnosi Clinica Semeiotica-Biofisica-Quantistica delle Calcificazioni Arteriose. La Costituzione Litiasica. <http://www.fceonline.it/>, 2 marzo 2009. http://www.fceonline.it/index.php?option=com_content&task=view&id=3047&Itemid=45