

EDITORIAL/EDITORIALE

## Per una longevità in salute

### For a healthy longevity

**Luca Monge<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Editor in chief JAMD - The journal of AMD.

Corresponding author: [amd-to.monge@alma.it](mailto:amd-to.monge@alma.it)

Ancor oggi nei nostri congressi proiettiamo immagini in cui l'età è considerata un fattore di rischio non modificabile. Tuttavia, ormai da alcuni anni, esistono studi che hanno iniziato a delineare i meccanismi biologici che guidano l'invecchiamento e a identificare alcune vie metaboliche su cui è potenzialmente possibile intervenire per rallentare l'età biologica.

Periodicamente riceviamo informazioni sull'aspettativa di vita della nostra popolazione e ci accorgiamo con una certa soddisfazione di essere tra i più longevi nel mondo, anche se battuti sempre dal Giappone, ma pur sempre tra i primi cinque. Peccato che per la spesa sanitaria invece ci si fermi al ventesimo posto con 4.038 \$ pro-capite. Qualcuno potrà sottolineare che "Non basta necessariamente spendere di più per risolvere i problemi se poi i fondi vengono usati in modo inefficiente", ma la differenza, con la Germania che investe in sanità 7.383 \$ pro-capite, così come con Francia e UK con i loro 5.400 \$, pare esagerata, in particolare alla luce dell'evidente sofferenza del nostro SSN. Infatti, da un'indagine dell'ISTAT risulta che tra il 2019 e il 2021 la percentuale di donne che ha dichiarato di aver rinunciato a prestazioni sanitarie è aumentata di cinque punti percentuali (dal 7,5% al 12,7%), mentre per gli uomini l'aumento è stato di quattro punti (dal 5% al 9,2%). Questi dati sono la conseguenza delle difficoltà nella programmazione di visite e controlli medici indotti dall'acuirsi della crisi del SSN, in particolare dopo la pandemia di COVID, e molte di queste prestazioni certamente hanno rilevanza per la prevenzione sanitaria.

Tutti noi vorremmo invecchiare mantenendo indipendenza e dignità, liberi il più possibile da sofferenze e dolore, insomma invecchiare sani, ma solitamente non vengono misurate e riportate rigorosamente durata della salute e aspettativa di vita. Penso pertanto che un progetto sulla salute non dovrebbe essere orientato solo all'aumento della durata della vita, ma dovrebbe concentrarsi soprattutto sulla durata della salute, ovvero sugli anni che le persone possono aspettarsi di vivere in buona salute. Una condizione che viene espressa da un concetto di economia sanitaria, troppo poco utilizzato nella ricerca, che è il QALY (quality-adjusted life year), ovvero un anno di vita corretto per la qualità della vita.

Per migliorare la durata della salute dovremmo poi integrare gli interventi classici sanitari come la prevenzione delle malattie cardiovascolari,



**Citation** Monge L. Per una longevità in salute. JAMD 26:176-177, 2023.

**DOI** 10.36171/jamd23.26.3.1

**Editor** Luca Monge, Associazione Medici Diabetologi, Italy

**Published** November, 2023

**Copyright** © 2023 L. Monge. This is an open access article edited by [AMD](#), published by [Idelson Gnocchi](#), distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](#), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

**Data Availability Statement** All relevant data are within the paper and its supporting Information files.

**Funding** The Author received no specific funding for this work.

oncologiche o delle malattie infettive, con interventi di “salute mentale ed emotiva”. Per allungare la durata della salute è necessario affrontare anche altre importanti cause di morbilità, come l’ansia e la solitudine. La mancanza di connessione sociale può aumentare il rischio di depressione e demenza, portando spesso a un circolo vizioso di malattia e isolamento. Il ruolo della sanità pubblica deve essere quello di interrompere questi circoli viziosi e crearne di virtuosi. Questo può avvenire anche attraverso la valorizzazione di quanto le persone anziane possano dare alla società in termini di lavoro, assistenza in famiglia, partecipazione civile, volontariato.

Queste considerazioni nascono dall’interessante articolo a primo nome Chiara Frigè che partendo dal fatto che la restrizione calorica è uno dei pochi interventi dimostratisi efficaci sull’invecchiamento, ipotizza che gli SGLT-2 inibitori attraverso un riarrangiamento metabolico indotto dalla perdita di calorie con la glicosuria, siano in grado di modulare le principali pathway ritenute responsabili dell’invecchiamento. Ciò rafforza l’idea che intervenire quotidianamente con i nostri pazienti per prevenire o ritardare l’insorgenza del diabete, attraverso una corretta alimentazione e una regolare attività fisica adatti all’età, e forse in futuro all’uso di farmaci, sia un intervento corretto anche per una longevità “sana”.

Il secondo articolo originale di Umberto Goglia e Riccardo Fornengo rinnova la felice tradizione degli articoli di taglio storico di JAMD facendoci ripercorrere le tappe della scoperta del GIP e del “concetto incretinico”. Sono sempre più convinto che non si possa conoscere a fondo il senso di una “scoperta” se non ripercorrendo i passaggi che l’hanno resa importante: piccoli progressi, grandi personaggi, un po’ di serendipity.

Questo numero di JAMD presenta tre rassegne a partire dal lavoro di Valentina Anelli e Basilio Pintaudi che ci presenta una revisione della letteratura sulle sostanze interferenti con i sistemi di monitoraggio del glucosio indispensabili per una gestione terapeutica in sicurezza del diabete in determinati contesti. Seguono il lavoro a primo nome Emilia Biamonte che, con una suggestione alla Woody Allen, ci permette di approfondire in modo puntuale «le evidenze sui benefici e le potenziali criticità dell’u-

so di metformina in gravidanza» ad oggi note. La terza review nasce da una riflessione su un recente intervento normativo: “Disposizioni concernenti la definizione di un programma diagnostico per l’individuazione del diabete tipo 1 e della celiachia nella popolazione pediatrica”. Marco Comoglio e Stefano Parini ci offrono una utile e aggiornata panoramica sulla diagnostica del DM1, sulle attuali possibilità di intervento precoce, sulle relazioni tra DM1 e celiachia, il tutto nella «prospettiva di una efficace terapia precoce o in futuro della prevenzione di queste malattie autoimmuni».

L’ultima parte del numero è dedicata alle linee guida e si apre con un Punto di vista di Basilio Pintaudi sulle recenti linee guida della European Society of Cardiology (ESC), un documento importante che propone il punto di vista cardiologico sulla gestione della patologia cardiovascolare nelle persone con diabete. Vi lascio alle considerazioni di Pintaudi, ma ci tengo a ribadire che è necessario chiamare i documenti per quello che sono. Questo documento non è propriamente una linea guida, ma è un consensus di autorevoli esperti, con delle indicazioni al trattamento farmacologico, che sono difficilmente applicabili nella realtà italiana dove già abbiamo, peraltro, una vera linea guida. Infine, quella congiunta SIMI - AMD - SID - FADOI - SIGG - ANIMO, a buon diritto si può fregiare del titolo di linea guida perché ha seguito il percorso virtuoso del metodo GRADE, già adottato per le linee guida del trattamento del DM2 e successivamente del DM1, con l’approvazione da parte dell’Istituto Superiore di Sanità e la pubblicazione sul sito del Sistema Nazionale Linee Guida. Il tema delle linee guida, “La gestione del paziente adulto con diabete o con iperglicemia ricoverato in setting clinico non critico”, è particolarmente rilevante per la nostra pratica clinica; dobbiamo essere grati al gruppo di lavoro che le ha curate poiché è risultato faticoso e complesso formulare raccomandazioni basate esclusivamente sulle evidenze scientifiche disponibili.

Concludo ringraziando Graziano Di Cianni per questi due intensi e fruttuosi anni di presidenza AMD e auguro a Riccardo Candido una presidenza ricca di soddisfazioni e successi!

Buona lettura e buon congresso