

Linea Guida AMD/SID – ADA, un confronto fondamentale: esistono ancora differenze?

CONGRESSO REGIONALE
SID-AMD : Calabria
2024



Eugenio Alessi, UOC Diabetologia ed Endocrinologia, COM Reggio Calabria

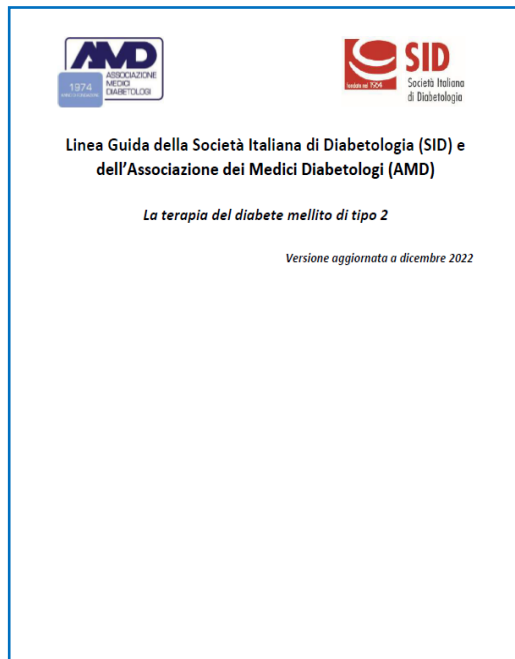
15-16 Novembre 2024

Il dott. **Eugenio Alessi** dichiara di aver ricevuto negli ultimi due anni compensi o finanziamenti dalle seguenti Aziende Farmaceutiche e/o Diagnostiche:

- Astrazeneca
- Boehringer Ingelheim
- Eli Lilly
- Guidotti
- Novo Nordisk
- Sanofi

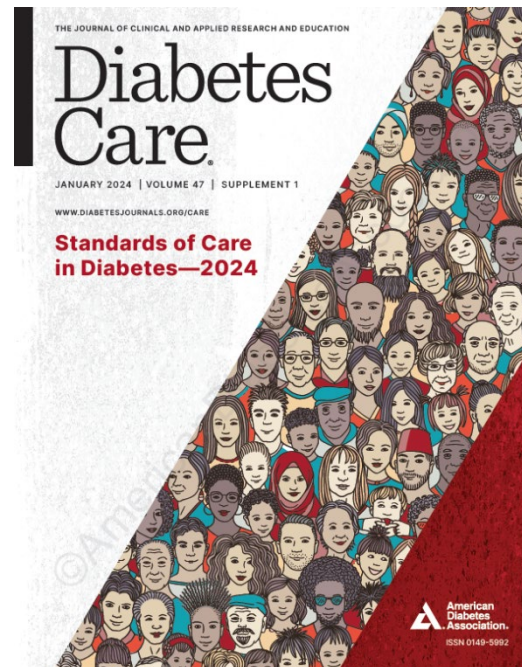
Dichiara altresì il proprio impegno ad astenersi, nell'ambito dell'evento, dal nominare, in qualsivoglia modo o forma, aziende farmaceutiche e/o denominazione commerciale e di non fare pubblicità di qualsiasi tipo relativamente a specifici prodotti di interesse sanitario (farmaci, strumenti, dispositivi medico-chirurgici, ecc.).

Linea Guida recepita dall'I.S.S.



**Luglio 2021
(agg. nel Febbraio 2023)**

Raccomandazioni di esperti (ADA Professional Practice Committee)



Gennaio 2024

GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REPUBBLICA ITALIANA

17-3-2017

GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

Serie generale - n. 64

LEGGI ED ALTRI ATTI NORMATIVI

LEGGE 8 marzo 2017, n. 24.

Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

PROMULGA

la seguente legge:

Art. 1.

Sicurezza delle cure in sanità

1. La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività.

2. La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse

tario e la sicurezza del paziente, che raccoglie dalle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private i dati regionali sui rischi ed eventi avversi e sul contenzioso e li trasmette annualmente, mediante procedura telematica unificata a livello nazionale, all'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità, di cui all'articolo 3.

5. All'articolo 1, comma 539, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, è aggiunta, in fine, la seguente lettera:

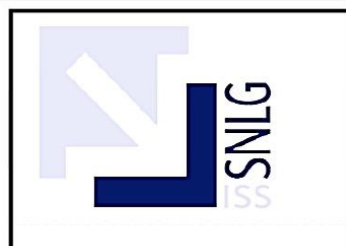
«d-bis) predisposizione di una relazione annuale sintetica sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. Detta relazione è pubblicata nel sito internet della struttura sanitaria».

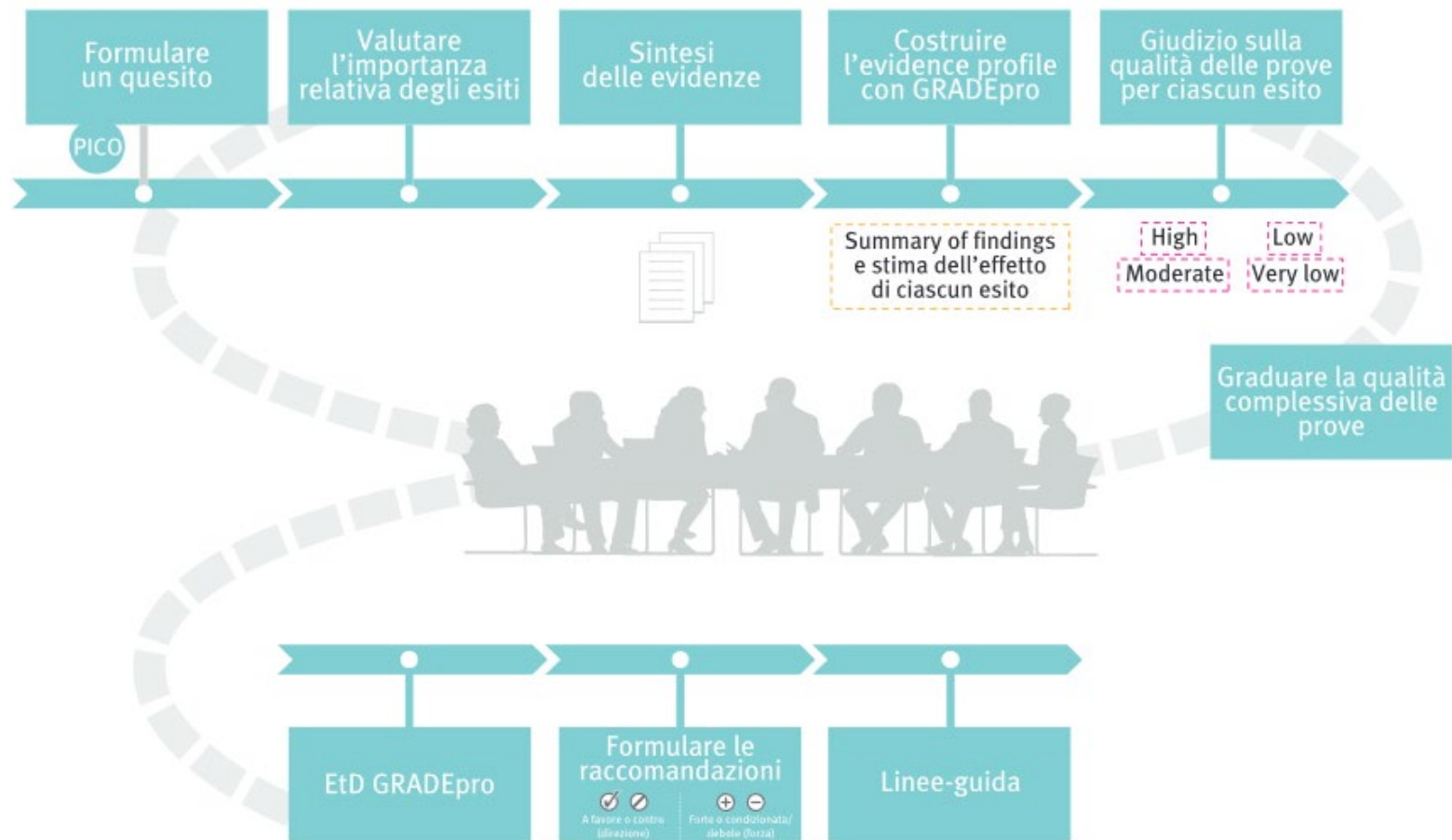
Art. 3.

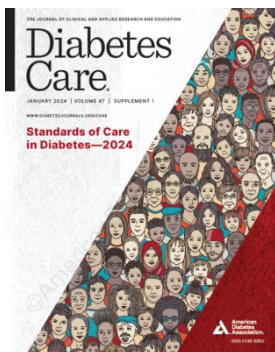
Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità

1. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, è istituito, senza nuovi o maggiori oneri per la

3. Le linee guida e gli aggiornamenti delle stesse elaborati dai soggetti di cui al comma 1 sono integrati nel Sistema nazionale per le linee guida (SNLG), il quale è disciplinato nei compiti e nelle funzioni con decreto del Ministro della salute, da emanare, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, con la procedura di cui all'articolo 1, comma 28, secondo periodo, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, e successive modificazioni, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. L'Istituto superiore di sanità pubblica nel proprio sito internet le linee guida e gli aggiornamenti delle stesse indicati dal SNLG, previa verifica della conformità della metodologia adottata a standard definiti e resi pubblici dallo stesso Istituto, nonché della rilevanza delle evidenze scientifiche dichiarate a supporto delle raccomandazioni.





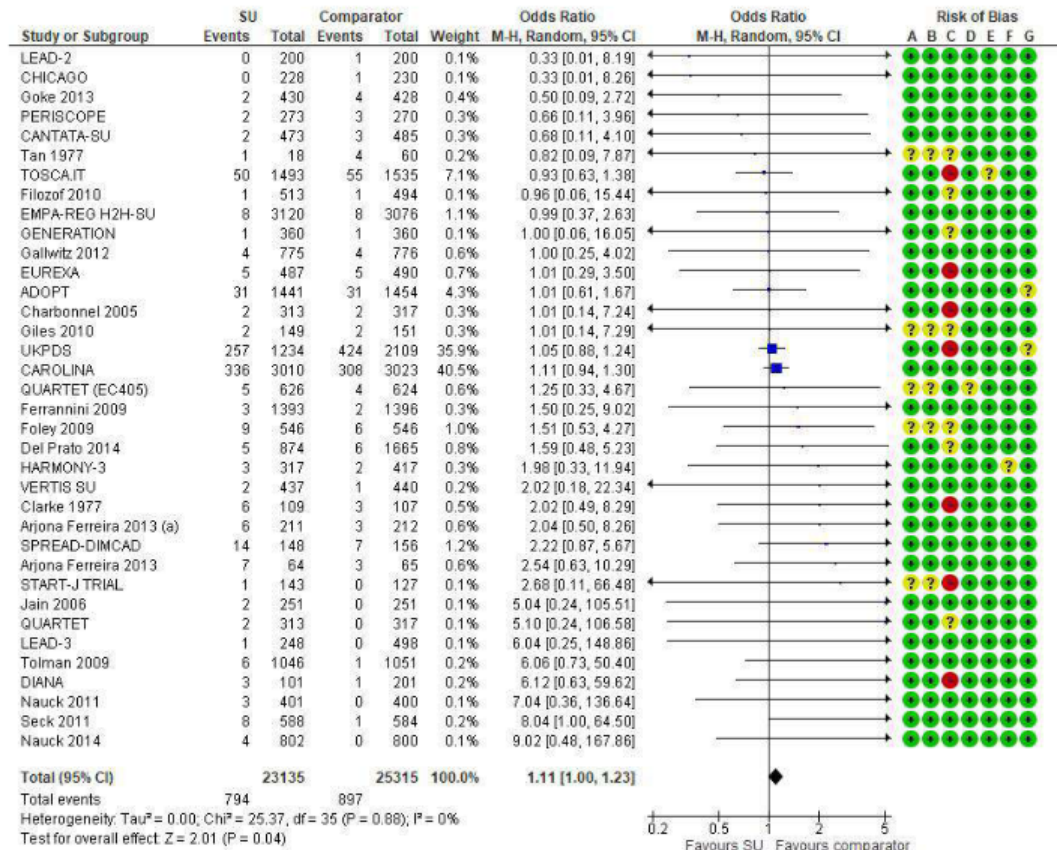


Revisione sistematica
della letteratura

External peer reviewed

Table 1—ADA evidence-grading system for "Standards of Care in Diabetes"

Level of evidence	Description
A	Clear evidence from well-conducted, generalizable randomized controlled trials that are adequately powered, including: • Evidence from a well-conducted multicenter trial • Evidence from a meta-analysis that incorporated quality ratings in the analysis Supportive evidence from well-conducted randomized controlled trials that are adequately powered, including: • Evidence from a well-conducted trial at one or more institutions • Evidence from a meta-analysis that incorporated quality ratings in the analysis
B	Supportive evidence from well-conducted cohort studies, including: • Evidence from a well-conducted prospective cohort study or registry • Evidence from a well-conducted meta-analysis of cohort studies Supportive evidence from a well-conducted case-control study
C	Supportive evidence from poorly controlled or uncontrolled studies, including: • Evidence from randomized clinical trials with one or more major or three or more minor methodological flaws that could invalidate the results • Evidence from observational studies with high potential for bias (such as case series with comparison with historical controls) • Evidence from case series or case reports Conflicting evidence with the weight of evidence supporting the recommendation
E	Expert consensus or clinical experience



Effetti del trattamento con
insulino secretagoghi
rispetto a placebo/nessun
trattamento o altri farmaci
attivi sul rischio di **morte da
tutte le cause**

OR 1.11 (1.00-1.23)

5.1 Si raccomanda l'uso di metformina come farmaco di prima scelta per il trattamento a lungo termine in pazienti con diabete di tipo 2 senza pregressi eventi cardiovascolari e con eGFR>60 ml/min. SGLT-2i, GLP-1 RA sono raccomandati come farmaci di seconda scelta. DPP-4i, acarbosio, pioglitazone ed insulina dovrebbero essere considerati farmaci di terza scelta. Sulfaniluree e glinidi non sono raccomandati per la terapia del diabete di tipo 2.

Forza della raccomandazione: forte. Qualità delle prove: moderata.

Giustificazione

Molti studi clinici randomizzati sostengono l'uso di metformina, SGLT-2i o GLP-1 RA come farmaci preferenziali nel trattamento dei pazienti con diabete di tipo 2, per la loro efficacia nella riduzione della HbA1c, il basso rischio di ipoglicemia e la riduzione degli eventi cardiovascolari maggiori e della mortalità. Inoltre, GLP-1 RA e SGLT-2i hanno effetti favorevoli sul peso corporeo. Anche il pioglitazone si associa ad una riduzione dell'incidenza di eventi cardiovascolari maggiori, accompagnata però da un aumentato rischio di scompenso cardiaco. Gli insulino-secretagoghi (sulfaniluree e repaglinide) hanno minore efficacia a lungo termine, con rischio di ipoglicemia severa, eventi cardiovascolari maggiori e mortalità maggiori delle altre classi e pertanto non dovrebbero essere più considerati nel trattamento del paziente con diabete di tipo 2. La qualità delle evidenze è moderata.

Gli studi di farmacoeconomia, numerosi e di buona qualità, mostrano che la metformina ha costi di acquisizione inferiori rispetto ad altre classi di farmaci; inoltre, metformina e SGLT-2i, ed in minor misura gli analoghi recettoriali degli GLP-1, hanno un buon rapporto costo-efficacia.

5.1 Si raccomanda l'uso di metformina come farmaco di prima scelta per il trattamento a lungo termine in pazienti con diabete di tipo 2 senza pregressi eventi cardiovascolari e con eGFR>60 ml/min. SGLT-2i, GLP-1 RA sono raccomandati come farmaci di seconda scelta. DPP-4i, acarbiosio, pioglitazone ed insulina dovrebbero essere considerati farmaci di terza scelta. Sulfaniluree e glinidi non sono raccomandati per la terapia del diabete di tipo 2.

Forza della raccomandazione: forte. Qualità delle prove: moderata.

Giustificazione

Molti studi clinici randomizzati sostengono l'uso di metformina, SGLT-2i o GLP-1 RA come farmaci preferenziali nel trattamento dei pazienti con diabete di tipo 2, per la loro efficacia nella riduzione della HbA1c, il basso rischio di ipoglicemia e la riduzione degli eventi cardiovascolari maggiori e della mortalità. Inoltre, GLP-1 RA e SGLT-2i hanno effetti favorevoli sul peso corporeo. Anche il pioglitazone si associa ad una riduzione dell'incidenza di eventi cardiovascolari maggiori, accompagnata però da un aumentato rischio di scompenso cardiaco. Gli insulino-secretagoghi (sulfaniluree e repaglinide) hanno minore efficacia a lungo termine, con rischio di ipoglicemia severa, eventi cardiovascolari maggiori e mortalità maggiori delle altre classi e pertanto non dovrebbero essere più considerati nel trattamento del paziente con diabete di tipo 2.

La qualità delle evidenze è moderata.

Gli studi di farmacoeconomia, numerosi e di buona qualità, mostrano che la metformina ha costi di acquisizione inferiori rispetto ad altre classi di farmaci; inoltre, metformina e SGLT-2i, ed in minor misura gli analoghi recettoriali degli GLP-1, hanno un buon rapporto costo-efficacia.

*Pregresso evento
cardiovascolare, non
scompenso cardiaco*

*Scompenso
cardiaco*

Met.

GLP1RA

SGLT-2i

SGLT2i

Met.²

GLP1RA

DPP4i

Acar.

Pio.

Ins.

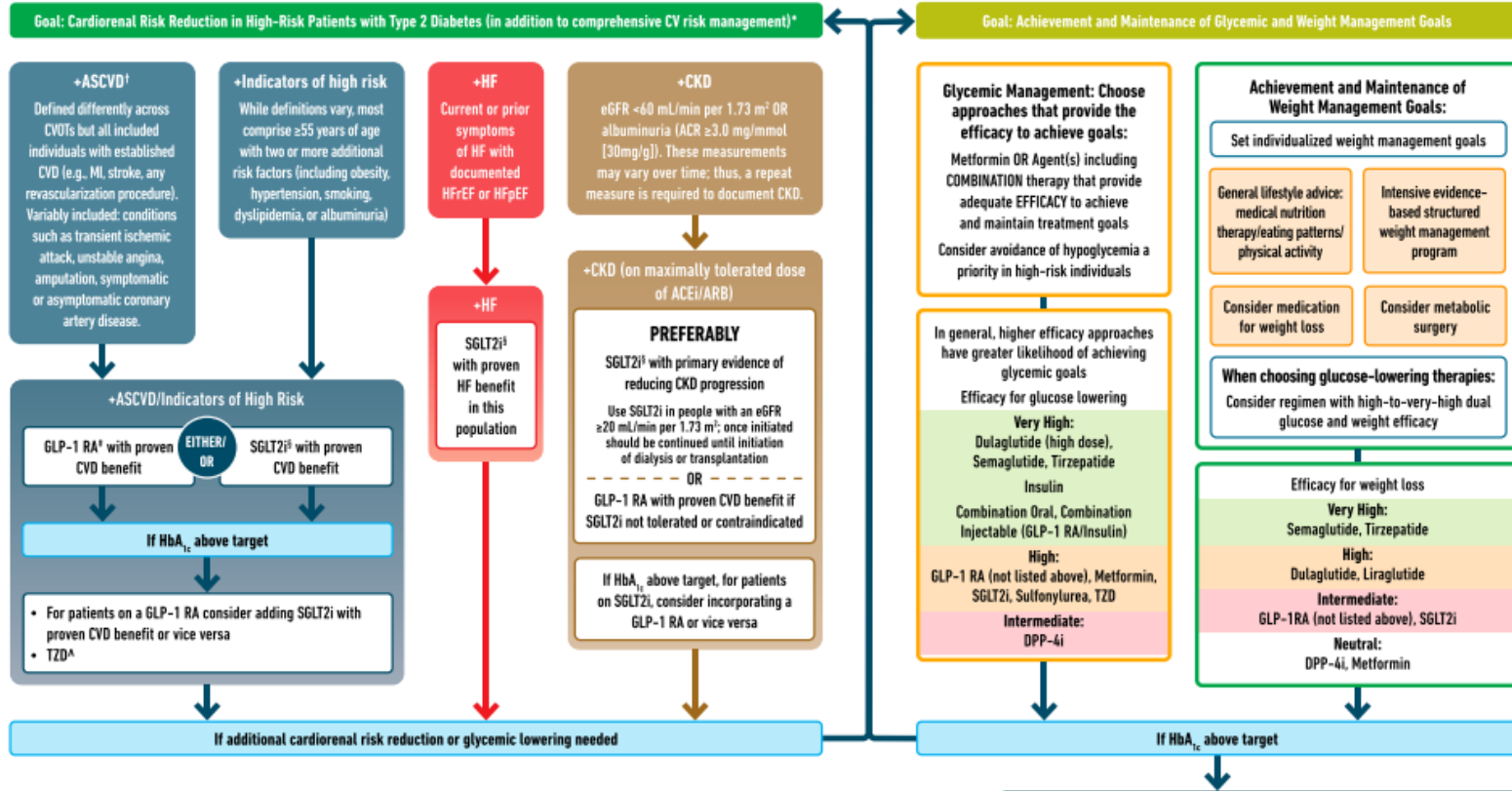
DPP4i³

Acar.

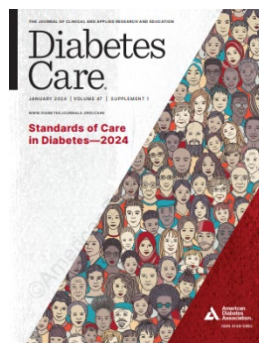
Insulin

USE OF GLUCOSE-LOWERING MEDICATIONS IN THE MANAGEMENT OF TYPE 2 DIABETES

HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIORS; DIABETES SELF-MANAGEMENT EDUCATION AND SUPPORT (DSMES); SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH (SDOH)

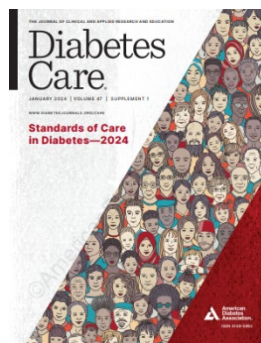
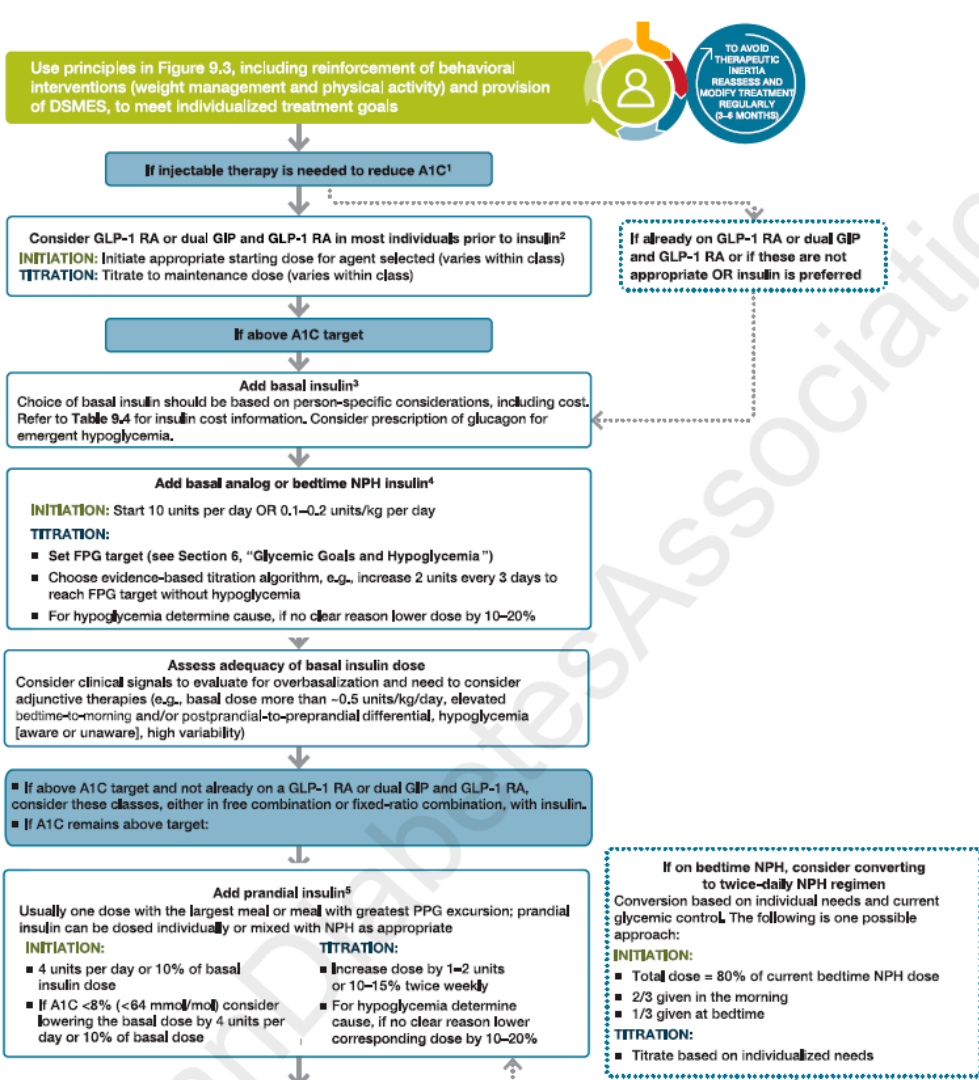


* In people with HF, CKD, established CVD or multiple risk factors for CVD, the decision to use a GLP-1 RA or SGLT2i with proven benefit should be independent of background use of metformin; † A strong recommendation is warranted for people with CVD and a weaker recommendation for those with indicators of high CV risk. Moreover, a higher absolute risk reduction and thus lower numbers needed to treat are seen at higher levels of baseline risk and should be factored into the shared decision-making process. See text for details; ⁴ Low-dose TZD may be better tolerated and similarly effective; ⁵ For SGLT2i, CV renal outcomes trials demonstrate their efficacy in reducing the risk of composite MACE, CV death, all-cause mortality, MI, HF, and renal outcomes in individuals with T2D with established/high risk of CVD; ⁶ For GLP-1 RA, CVDs demonstrate their efficacy in reducing composite MACE, CV death, all-cause mortality, MI, stroke, and renal endpoints in individuals with T2D with established/high risk of CVD.



9. Pharmacologic Approaches to Glycemic Treatment: *Standards of Care in Diabetes—2024*

Diabetes Care 2024;47(Suppl. 1):S158–S178 | <https://doi.org/10.2337/dc24-S009>



Raccomandazione forte a favore dell'intervento, con qualità delle prove moderata

Si raccomanda l'uso degli analoghi lenti dell'insulina a maggiore durata di azione, rispetto a quelli a minore durata di azione, per tutti i pazienti con diabete di tipo 2 che necessitano di insulina basale.

Motivazione della raccomandazione

Vi sono numerose evidenze provenienti da trial clinici che mostrano come l'uso degli analoghi lenti dell'insulina a maggiore durata di azione si associ ad un rischio minore di ipoglicemie totali e notturne e ad una tendenziale riduzione degli eventi ipoglicemici severi a parità di controllo metabolico e senza aumenti di peso corporeo.

La qualità delle evidenze è moderata, in particolare per il disegno in aperto della maggior parte degli studi inclusi e per la presenza di elevata eterogeneità per alcuni degli *outcome* critici.

Gli studi di farmacoeconomia mostrano che le nuove formulazioni hanno costi diretti maggiori; tuttavia, il rapporto costo-efficacia è generalmente favorevole per QALY guadagnati e per gli effetti positivi su rischio ipoglicemico. La disponibilità di biosimilari con costi diretti ridotti può ulteriormente migliorare il rapporto costo-efficacia.

Considerazioni su sottogruppi di pazienti

Non ci sono dati di efficacia e sicurezza nei soggetti ultrasettantacinquenni;

Considerazioni sull'implementazione

Gli analoghi lenti sono già considerati in Italia lo *standard of care*^{7,8}. La prescrizione di analoghi lenti a maggiore durata di azione dovrebbe essere incoraggiata e gradualmente sostituita a quelli a minore durata di azione indipendentemente dal controllo glicemico. I medici di medicina generale e gli specialisti dovrebbero essere informati sui contenuti di questa raccomandazione attraverso specifici corsi di educazione continua in medicina.

5.7. Si suggerisce l'uso degli analoghi rapidi dell'insulina, rispetto all'insulina regolare umana, per tutti i pazienti con diabete di tipo 2 che necessitano di insulina prandiale.

Forza della raccomandazione: debole. Qualità delle prove: molto bassa.

Giustificazione

Alcune evidenze suggeriscono un possibile miglioramento della qualità della vita con l'uso degli analoghi rapidi dell'insulina.

La qualità delle evidenze è molto bassa per la maggior parte degli *outcome* critici, in particolare per il disegno in aperto della maggior parte degli studi inclusi, la presenza di elevata eterogeneità e la scarsa numerosità di pazienti arruolati.

Il rapporto costo-efficacia potrebbe essere favorevole agli analoghi rapidi, visti i piccoli effetti sul rischio ipoglicemico ed il miglioramento possibile della qualità della vita.

5.8. L'utilizzo routinario del microinfusore di insulina nei pazienti con diabete di tipo 2 non adeguatamente controllati non è raccomandato.

Forza della raccomandazione: debole. Qualità delle prove: molto bassa.

Giustificazione

Non ci sono evidenze di reali vantaggi derivanti dall'uso del microinfusore nei pazienti con diabete di tipo 2 rispetto alla terapia multi-iniettiva. Inoltre i costi per tale terapia sono molto elevati.

La qualità delle evidenze è molto bassa per la maggior parte degli *outcome* critici, in particolare per il disegno in aperto della maggior parte degli studi inclusi, la presenza di elevata eterogeneità e la scarsa numerosità di pazienti arruolati.

Non ci sono studi specifici di natura economica per valutare la costo-efficacia dell'intervento proposto in base ai criteri di ricerca definiti.

6. Monitoraggio glicemico

6.1 Si suggerisce un monitoraggio glicemico strutturato (con uno schema predefinito di glicemie capillari da eseguire) per i soggetti con diabete mellito di tipo 2.

Forza della raccomandazione: debole. Qualità delle prove: molto bassa.

Giustificazione

Ci sono pochi trial, di scarsa qualità e con numero esiguo di pazienti che mostrano piccoli, ma significativi, miglioramenti del controllo glicemico con il monitoraggio glicemico strutturato, rispetto ad uno non strutturato. La bassa qualità delle prove e la presenza di problemi metodologici degli studi inclusi limitano la forza della presente raccomandazione. Le risorse economiche necessarie per l'implementazione di questa raccomandazione sono trascurabili.

6.2. Non si dà preferenza al monitoraggio glicemico in continuo o al controllo glicemico capillare per la misurazione della glicemia nei pazienti con diabete mellito di tipo 2 in trattamento insulinico basal-bolus.

Forza della raccomandazione: debole. Qualità delle prove: molto bassa.

Giustificazione

Ci sono pochi studi e di bassa qualità che suggeriscono un piccolo miglioramento dei valori di HbA1c con il monitoraggio continuo della glicemia, senza aumento del rischio ipoglicemico; tuttavia è possibile che il monitoraggio in continuo della glicemia possa in alcuni pazienti peggiorare la qualità della vita. La costo-efficacia del monitoraggio continuo della glicemia dipende dal sistema utilizzato e dal contesto economico e deve essere ulteriormente verificata. I dati sulla preferenza dei pazienti per sistemi di monitoraggio in continuo derivano generalmente da studi osservazionali, con scarse evidenze da trial clinici. Accettabilità, equità e fattibilità potrebbero variare in contesti diversi.

Linea Guida della Associazione dei Medici Diabetologi (AMD), della Società Italiana di Diabetologia (SID) e della Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica (SIEDP)

La terapia del diabete mellito di tipo 1



Linea Guida della Associazione dei Medici Diabetologi
(AMD), della Società Italiana di Diabetologia (SID) e della
Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica
(SIEDP)

Linea guida pubblicata nel Sistema Nazionale Linee Guida

Roma, 16 marzo 2022

Aggiornamento 29 gennaio 2024

1.5 In soggetti con diabete mellito di tipo 1 è preferibile l'utilizzo di microinfusore di insulina o di terapia insulinica multiiniettiva?

In soggetti con diabete mellito di tipo 1 scompensato si raccomanda di offrire al paziente l'opzione di una terapia insulinica mediante microinfusore di insulina rispetto alla terapia insulinica multiiniettiva per i vantaggi sui livelli di emoglobina glicata, le ipoglicemie severe, la qualità di vita e la soddisfazione per il trattamento.

In soggetti con diabete mellito di tipo 1 non scompensato si suggerisce di offrire al paziente l'opzione di una terapia insulinica mediante microinfusore di insulina rispetto alla terapia insulinica multiiniettiva per i vantaggi su variabilità glicemica, qualità di vita e soddisfazione per il trattamento.

Raccomandazione forte a favore dell'intervento

Qualità delle prove: moderata.

1.6 In soggetti con diabete mellito di tipo 1 è preferibile l'utilizzo di sistemi ad ansa chiusa costituiti da microinfusore e sensore con automatismo oppure sistemi senza automatismo?

In soggetti con diabete mellito di tipo 1 si raccomanda l'utilizzo di sistemi ad ansa chiusa costituiti da microinfusore e sensore con automatismo rispetto all'uso di sistemi senza automatismo.

Raccomandazione forte a favore dell'intervento

Qualità delle prove: alta.

2. Monitoraggio del glucosio

2.1 In soggetti con diabete mellito di tipo 1 è preferibile l'utilizzo di sistemi di monitoraggio in continuo del glucosio o di automonitoraggio glicemico capillare (SMBG, Self Monitoring of Blood Glucose)?

In soggetti con diabete mellito di tipo 1 si raccomanda di utilizzare un sistema di monitoraggio in continuo del glucosio rispetto all'automonitoraggio glicemico capillare.

Raccomandazione forte a favore dell'intervento

Qualità delle prove: moderata.

2.2 In soggetti con diabete mellito di tipo 1 è preferibile l'utilizzo di sistemi di monitoraggio in continuo del glucosio dotati di avvisi predittivi o di sistemi privi di avvisi predittivi?

In soggetti con diabete mellito di tipo 1 con storia di ipoglicemia severa o ipoglicemie inavvertite o con frequenti episodi di ipoglicemia si raccomanda di utilizzare sistemi di monitoraggio in continuo del glucosio dotati di avvisi predittivi rispetto a sistemi privi di avvisi predittivi.

Raccomandazione condizionata a favore dell'intervento

Qualità delle prove: moderata.

7. Diabetes Technology: *Standards of Care in Diabetes—2024*

Diabetes Care 2024;47(Suppl. 1):S126–S144 | <https://doi.org/10.2337/dc24-S007>

Insulin Pumps and Automated Insulin Delivery Systems

Recommendations

7.27 AID systems should be offered for diabetes management to youth and adults with type 1 diabetes **A** and other types of insulin-deficient diabetes **E** who are capable of using the device safely (either by themselves or with a caregiver). The choice of device should be made based on the individual's circumstances, preferences, and needs. **A**

7.28 Insulin pump therapy alone with or without a sensor-augmented pump low-glucose suspend feature should be offered for diabetes management to youth and adults on MDI with type 1 diabetes **A** or other types of insulin-deficient diabetes **E** who are capable of using the device safely (either by themselves or with a caregiver) and are not able to use or do not choose an AID system. The choice of device should be made based on the individual's circumstances, preferences, and needs. **A**

7.29 Insulin pump therapy can be offered for diabetes management to youth and adults on MDI with type 2 diabetes who are capable of using the device safely (either by themselves or with a caregiver). The choice of device should be made based on the individual's circumstances, preferences, and needs. **A**

7.30 Individuals with diabetes who have been using CSII should have continued access across third-party payers. **E**

7. Diabetes Technology: *Standards of Care in Diabetes—2024*

Diabetes Care 2024;47(Suppl. 1):S126–S144 | <https://doi.org/10.2337/dc24-S007>

Recommendations

7.14 Real-time CGM (rtCGM) **A** or intermittently scanned CGM (isCGM) **B** should be offered for diabetes management in adults with diabetes on multiple daily injections (MDI) or CSII who are capable of using the devices safely (either by themselves or with a caregiver). The choice of device should be made based on the individual's circumstances, preferences, and needs.

7.15 rtCGM **A** or isCGM **B** should be offered for diabetes management in adults with diabetes on basal insulin who are capable of using the devices safely (either by themselves or with a caregiver). The choice of device should be made based on the individual's circumstances, preferences, and needs.

7.16 rtCGM **A** or isCGM **E** should be offered for diabetes management in youth with type 1 diabetes on MDI or CSII who are capable of using the devices safely (either by themselves or with a caregiver). The choice of device should be made based on the individual's circumstances, preferences, and needs.

7.17 rtCGM or isCGM should be offered for diabetes management in youth with type 2 diabetes on MDI or CSII who are capable of using the devices safely (either by themselves or with a caregiver).

The choice of device should be made based on the individual's circumstances, preferences, and needs. **E**

7.18 In people with diabetes on MDI or CSII, rtCGM devices should be used as close to daily as possible for maximal benefit. **A** isCGM devices should be scanned frequently, at a minimum once every 8 h to avoid gaps in data. **A** People with diabetes should have uninterrupted access to their supplies to minimize gaps in CGM. **A**

7.19 When used as an adjunct to preprandial and postprandial BGM, CGM can help to achieve A1C targets in diabetes and pregnancy. **B**

Obiettivi in termini di HbA1c nel DM2

GRADO DI RACCOMANDAZIONE

Raccomandazione forte a favore dell'intervento, con qualità delle prove bassa

Si raccomanda un target di HbA1c inferiore 53 mmol/mol (7%) in pazienti con diabete di tipo 2 trattati con farmaci non associati ad ipoglicemia.

TARGET: <7.0% pazienti trattati con farmaci non associati a ipoglicemia

TARGET: <6.5% pz selezionati, trattati con farmaci non associati a ipoglicemia

TARGET: 6.5%-7.5% pazienti trattati con farmaci associati a ipoglicemia



Obiettivi nel DM1



TARGET: 6.5%-7.0% al fine di ridurre il rischio di complicanze micro e macro-angiopatiche e di ipoglicemia

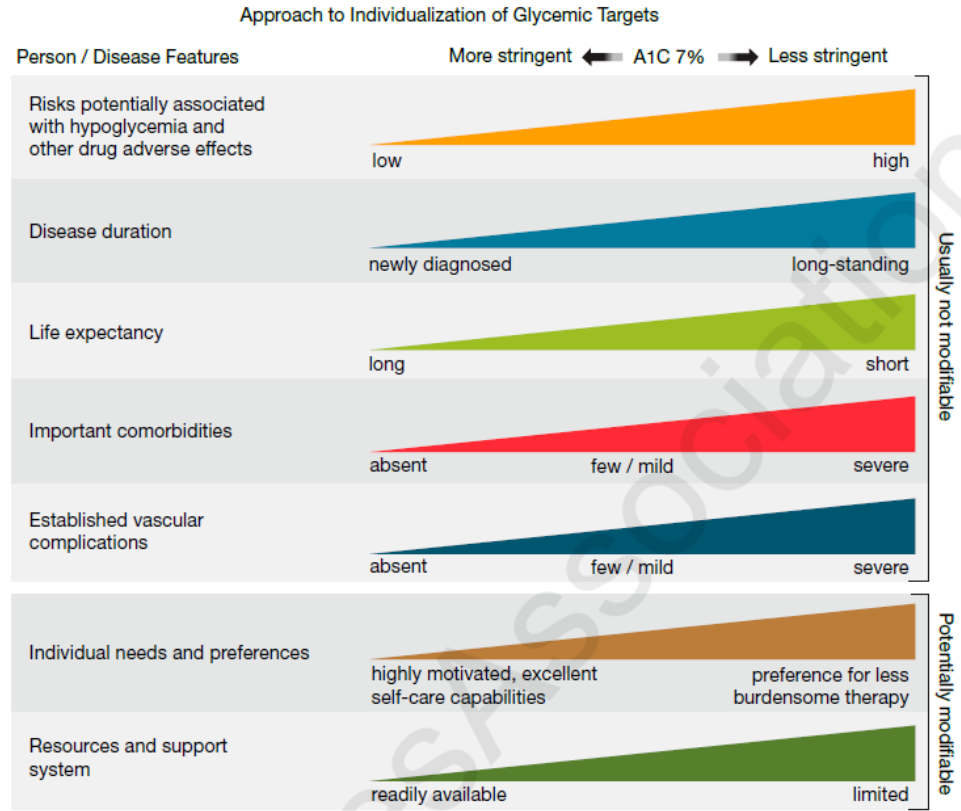
TARGET: TIR $\geq$ 70% per i vantaggi su HbA1c, variabilità glicemica, rischio di ipoglicemia e di insorgenza e progressione di complicanze microangiopatiche

6. Glycemic Goals and Hypoglycemia: *Standards of Care in Diabetes—2024*

Diabetes Care 2024;47(Suppl. 1):S111–S125 | <https://doi.org/10.2337/dc24-S006>

Table 6.3—Summary of glycemic recommendations for many nonpregnant adults with diabetes

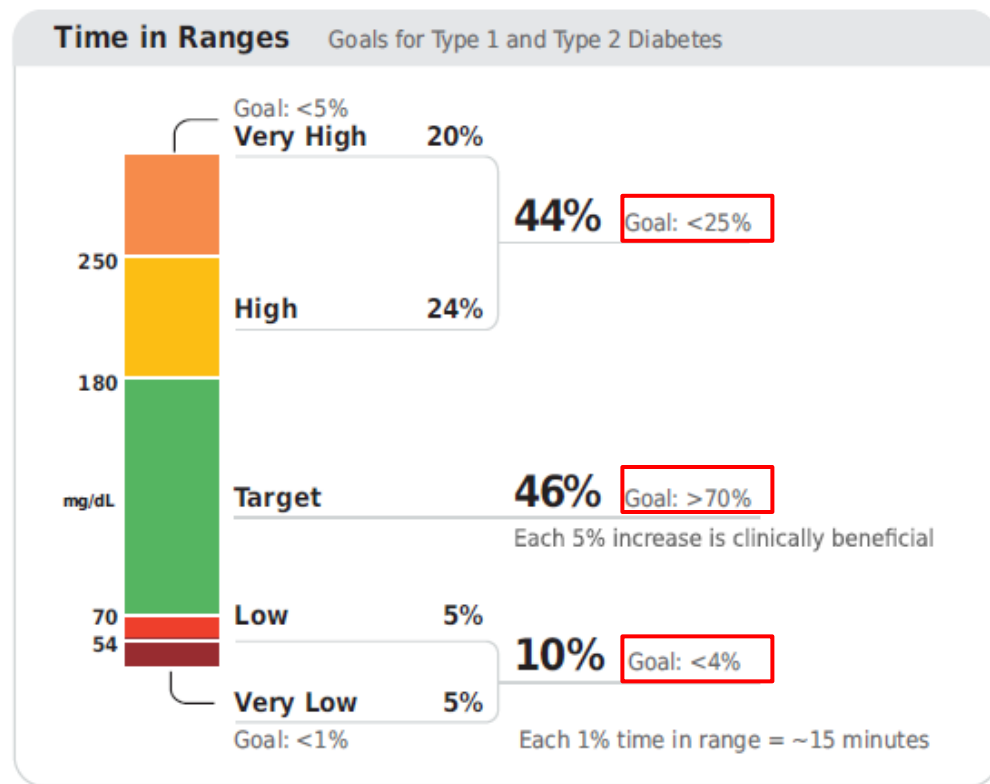
A1C	<7.0% (<53 mmol/mol)*†
Preprandial capillary plasma glucose	80–130 mg/dL* (4.4–7.2 mmol/L)
Peak postprandial capillary plasma glucose‡	<180 mg/dL* (<10.0 mmol/L)

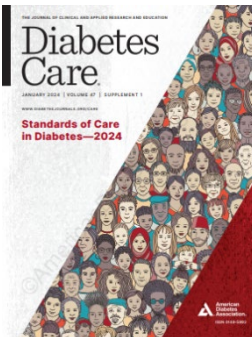


6. Glycemic Goals and Hypoglycemia: *Standards of Care in Diabetes—2024*

Diabetes Care 2024;47(Suppl. 1):S111–S125 | <https://doi.org/10.2337/dc24-S006>

AGP Report: Continuous Glucose Monitoring





Diabetes Care

THE JOURNAL OF CLINICAL AND APPLIED RESEARCH AND EDUCATION

January 2024 Volume 47, Supplement 1

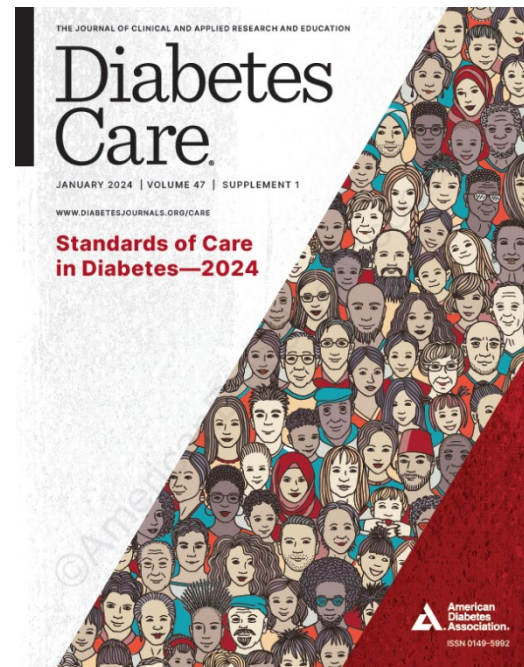
Standards of Care in Diabetes—2024

S1	Introduction and Methodology	S158	9. Pharmacologic Approaches to Glycemic Treatment
S5	Summary of Revisions		Pharmacologic Therapy for Adults With Type 1 Diabetes
S11	1. Improving Care and Promoting Health in Populations		Surgical Treatment for Type 1 Diabetes
	Diabetes and Population Health		Pharmacologic Therapy for Adults With Type 2 Diabetes
	Tailoring Treatment for Social Context	S179	10. Cardiovascular Disease and Risk Management
S20	2. Diagnosis and Classification of Diabetes		The Risk Calculator
	Diagnostic Tests for Diabetes		Hypertension/Blood Pressure Control
	Classification		Lipid Management
	Type 1 Diabetes		Statin Treatment
	Prediabetes and Type 2 Diabetes		Antiplatelet Agents
	Pancreatic Diabetes or Diabetes in the		Cardiovascular Disease
	Context of Disease of the Exocrine Pancreas	S219	11. Chronic Kidney Disease and Risk Management
	Posttransplantation Diabetes Mellitus		Chronic Kidney Disease
	Monogenic Diabetes Syndromes		Epidemiology of Diabetes and Chronic Kidney Disease
	Gestational Diabetes Mellitus		Assessment of Albuminuria and Estimated Glomerular Filtration Rate
S43	3. Prevention or Delay of Diabetes and Associated Comorbidities		Diagnosis of Diabetic Kidney Disease
	Lifestyle Behavior Change for Diabetes Prevention		Staging of Chronic Kidney Disease
	Pharmacologic Interventions		Acute Kidney Injury
	Prevention of Vascular Disease and Mortality		Surveillance
	Person-Centered Care Goals		Interventions
	Pharmacologic Interventions to Delay Symptomatic Type 1 Diabetes		Referral to a Nephrologist
S52	4. Comprehensive Medical Evaluation and Assessment of Comorbidities	S231	12. Retinopathy, Neuropathy, and Foot Care
	Person-Centered Collaborative Care		Diabetic Retinopathy
	Comprehensive Medical Evaluation		Neuropathy
	Immunizations		Foot Care
	Assessment of Comorbidities	S244	13. Older Adults
S77	5. Facilitating Positive Health Behaviors and Well-being to Improve Health Outcomes		Neurocognitive Function
	Diabetes Self-management Education and Support		Hypoglycemia
	Medical Nutrition Therapy		Treatment Goals
	Physical Activity		Lifestyle Management
	Smoking Cessation: Tobacco, E-cigarettes, and Cannabis		Pharmacologic Therapy
	Supporting Positive Health Behaviors		Special Considerations for Older Adults With Type 1 Diabetes
	Psychosocial Care		Treatment in Skilled Nursing Facilities and Nursing Homes
S111	6. Glycemic Goals and Hypoglycemia		End-of-Life Care
	Assessment of Glycemic Status	S258	14. Children and Adolescents
	Glycemic Goals		Type 1 Diabetes
	Hypoglycemia Assessment, Prevention, and Treatment		Type 2 Diabetes
	Intercurrent Illness		Substance Use in Pediatric Diabetes
S126	7. Diabetes Technology		Transition From Pediatric to Adult Care
	General Device Principles	S282	15. Management of Diabetes in Pregnancy
	Blood Glucose Monitoring		Diabetes in Pregnancy
	Continuous Glucose Monitoring Devices		Glycemic Goals in Pregnancy
	Insulin Delivery		Management of Gestational Diabetes Mellitus
S145	8. Obesity and Weight Management for the Prevention and Treatment of Type 2 Diabetes		Management of Preexisting Type 1 Diabetes and Type 2 Diabetes in Pregnancy
	Assessment and Monitoring of the Individual With Overweight and Obesity		Preeclampsia and Aspirin
	Nutrition, Physical Activity, and Behavioral Therapy		Pregnancy and Drug Considerations
	Pharmacotherapy		Postpartum Care
	Medical Devices for Weight Loss	S295	16. Diabetes Care in the Hospital
	Metabolic Surgery		Hospital Care Delivery Standards
			Glycemic Goals in Hospitalized Adults
			Glucose Monitoring
			Glucose-Lowering Treatment in Hospitalized Patients

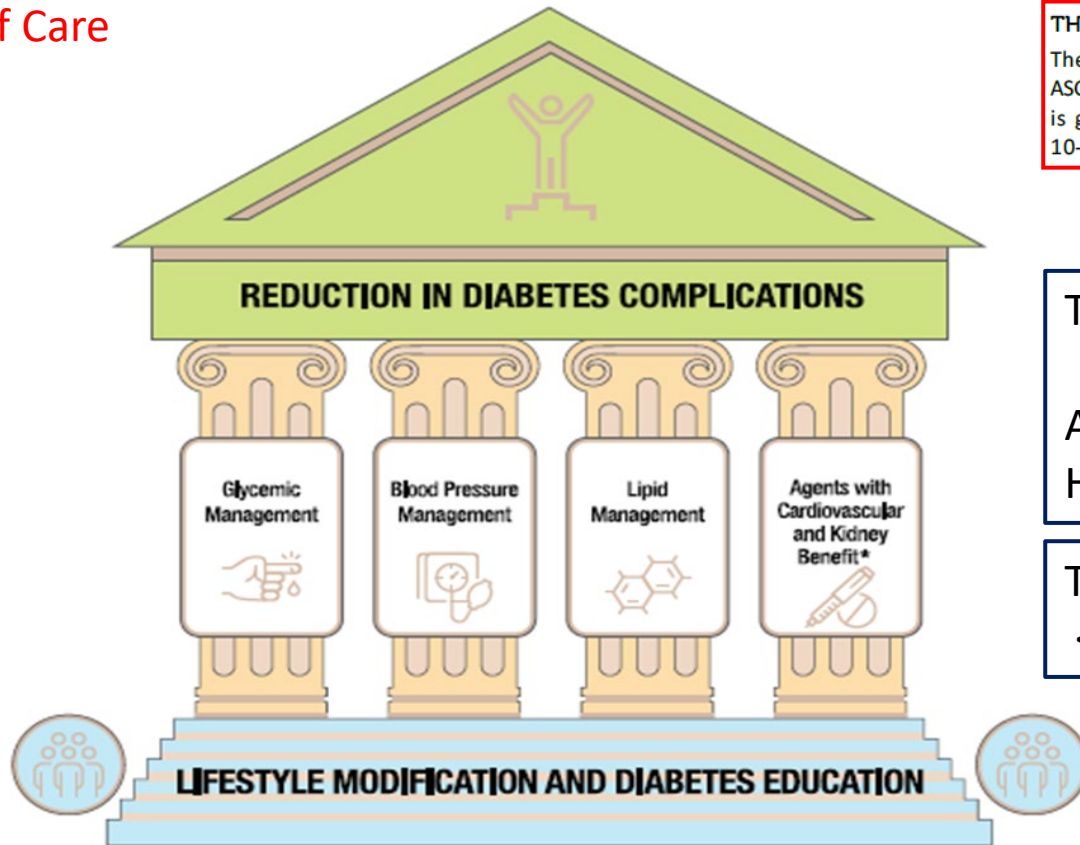
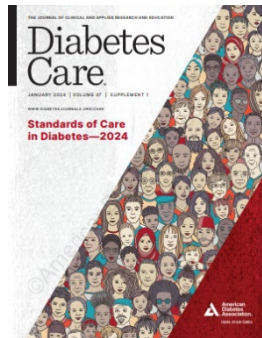
Aprile 2018



Gennaio 2024



ADA-Standards of Care in Diabetes-2024



THE RISK CALCULATOR

The American College of Cardiology ASCVD risk calculator (Risk Estimator Plus) is generally a useful tool to estimate 10-year risk of a first ASCVD event

Target LDL

ASCVD: < 55 mg/dl

High Risk: < 70 mg/dl

Target P.A.

< 130/80 mmHg

Figure 10.1—Multifactorial approach to reduction in risk of diabetes complications. *Risk reduction interventions to be applied as individually appropriate.

Conclusioni

- La principale differenza fra Linee Guida AMD-SID e Standards of Care ADA è di ordine metodologico e del relativo valore medico-legale in Italia
- Dal punto di vista sostanziale, le indicazioni sulla terapia del DM2 sono molto simili
- Per quanto riguarda la terapia del DM1, la raccomandazione all'uso della tecnologia è forte in entrambi i documenti
- Per ciò che concerne gli altri aspetti della gestione del diabete, è auspicabile un aggiornamento degli Standard AMD-SID, in attesa del quale gli Standards of Care ADA rimangono (insieme alle linee guida ESC e KDIGO) un fondamentale riferimento

CONGRESSO REGIONALE
SID-AMD : Calabria
2024

Grazie per l'attenzione!