

FIAT LUX ET LUX EST

Le traiettorie di salute
Torino (TO) - 7 giugno 2025

IN HOC SIGNO VINCES

Strategie culturali-sociali e terapeutiche per la salute metabolica
Bra, Località POLLENZO (CN) - 22 novembre 2025

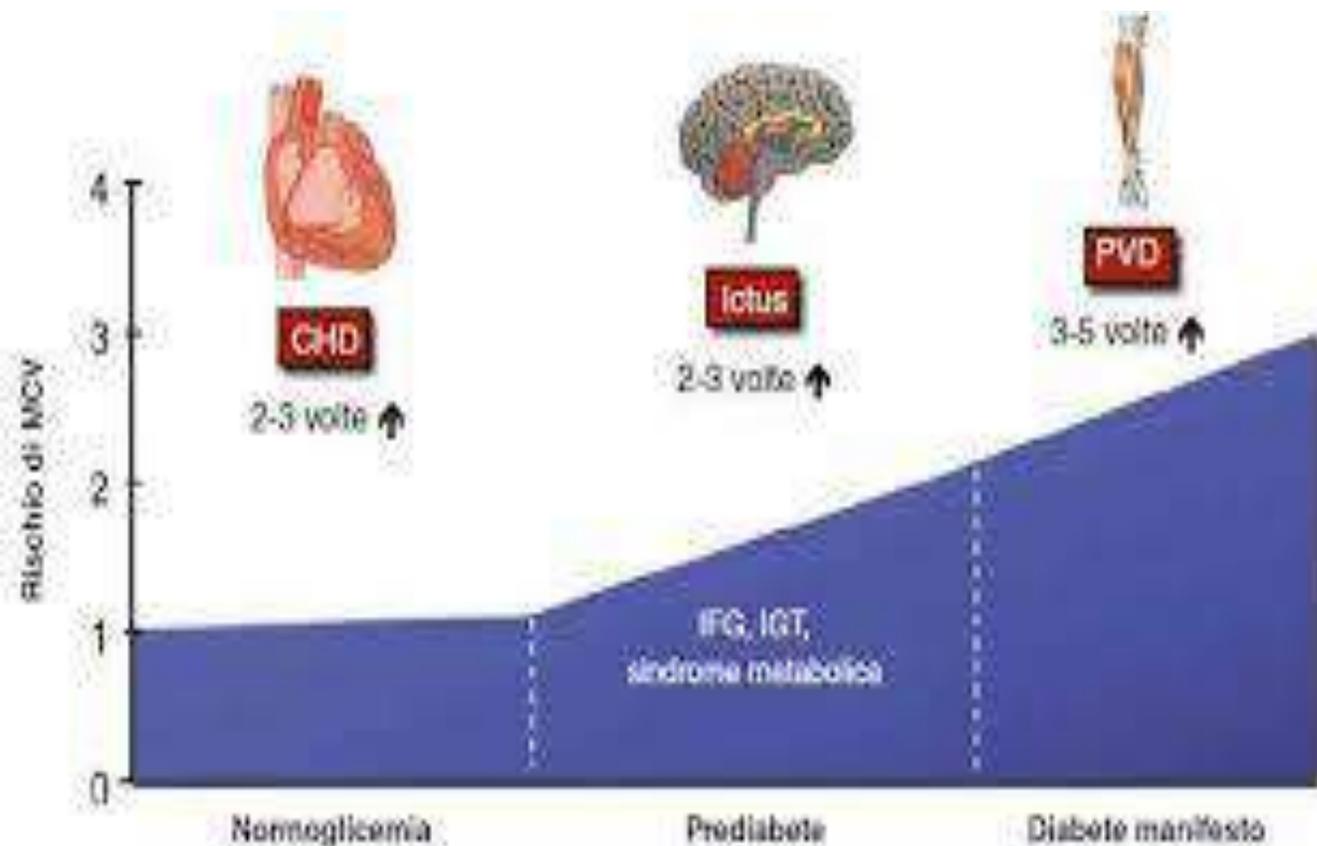
Complicanze cardiovascolari e renali: abbiamo la soluzione?

Francesco Romeo

SC Diabetologia Territoriale ASLTO5

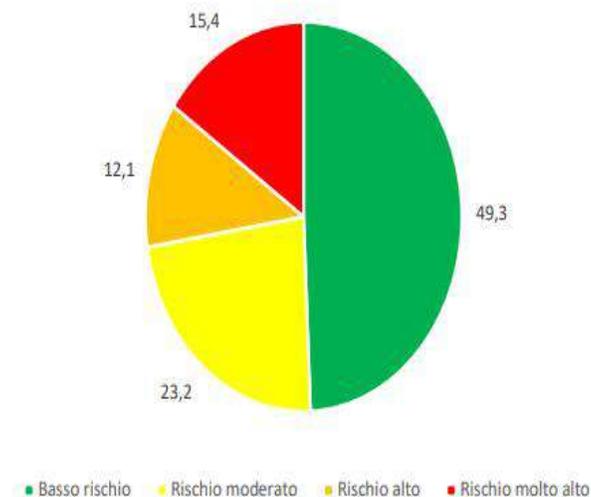
Torino, 7 giugno 2025

Complicanze CV e Renali nel DM2

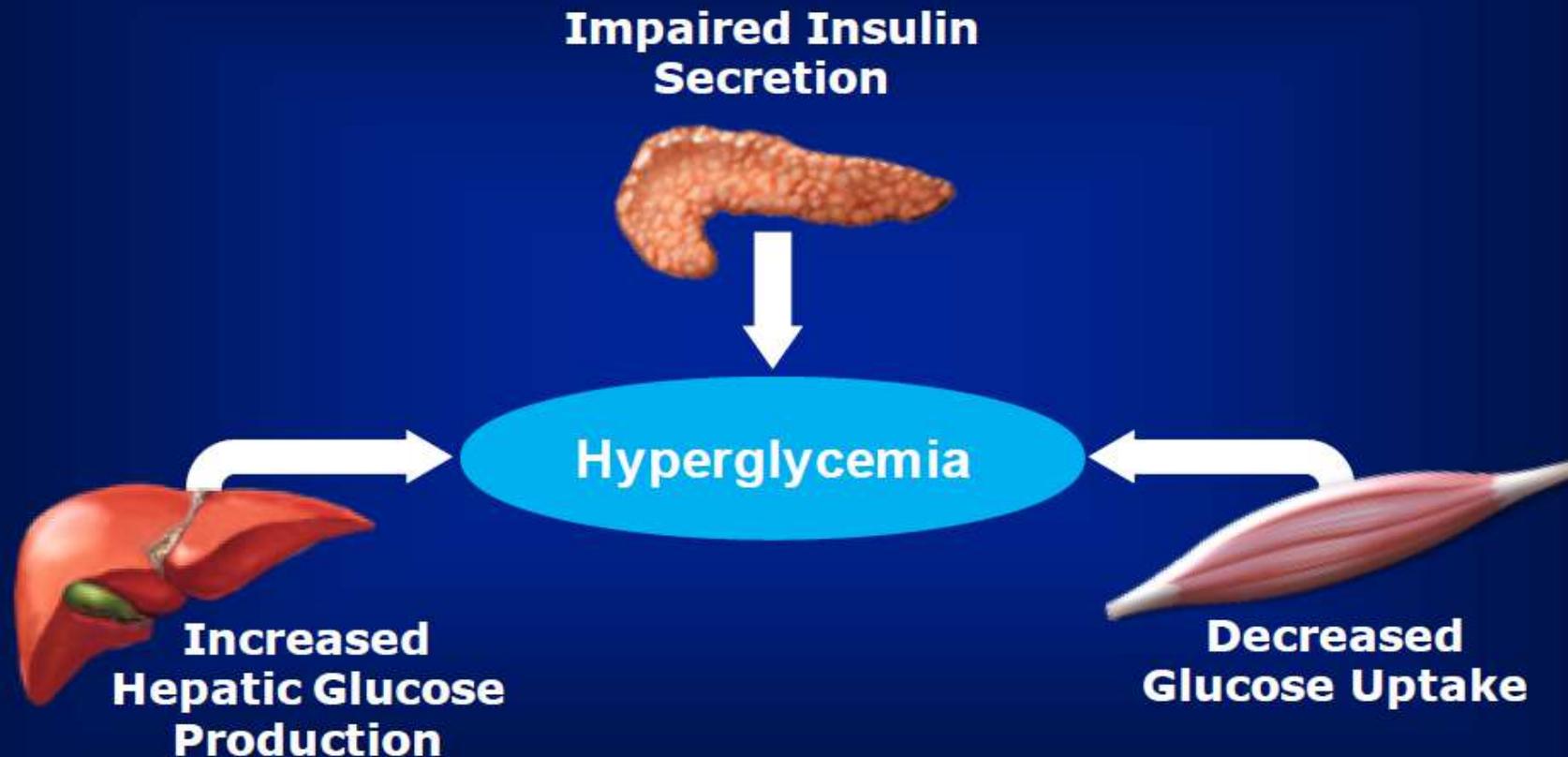


Andamento per classi di malattia renale (Classi KDIGO) (%)

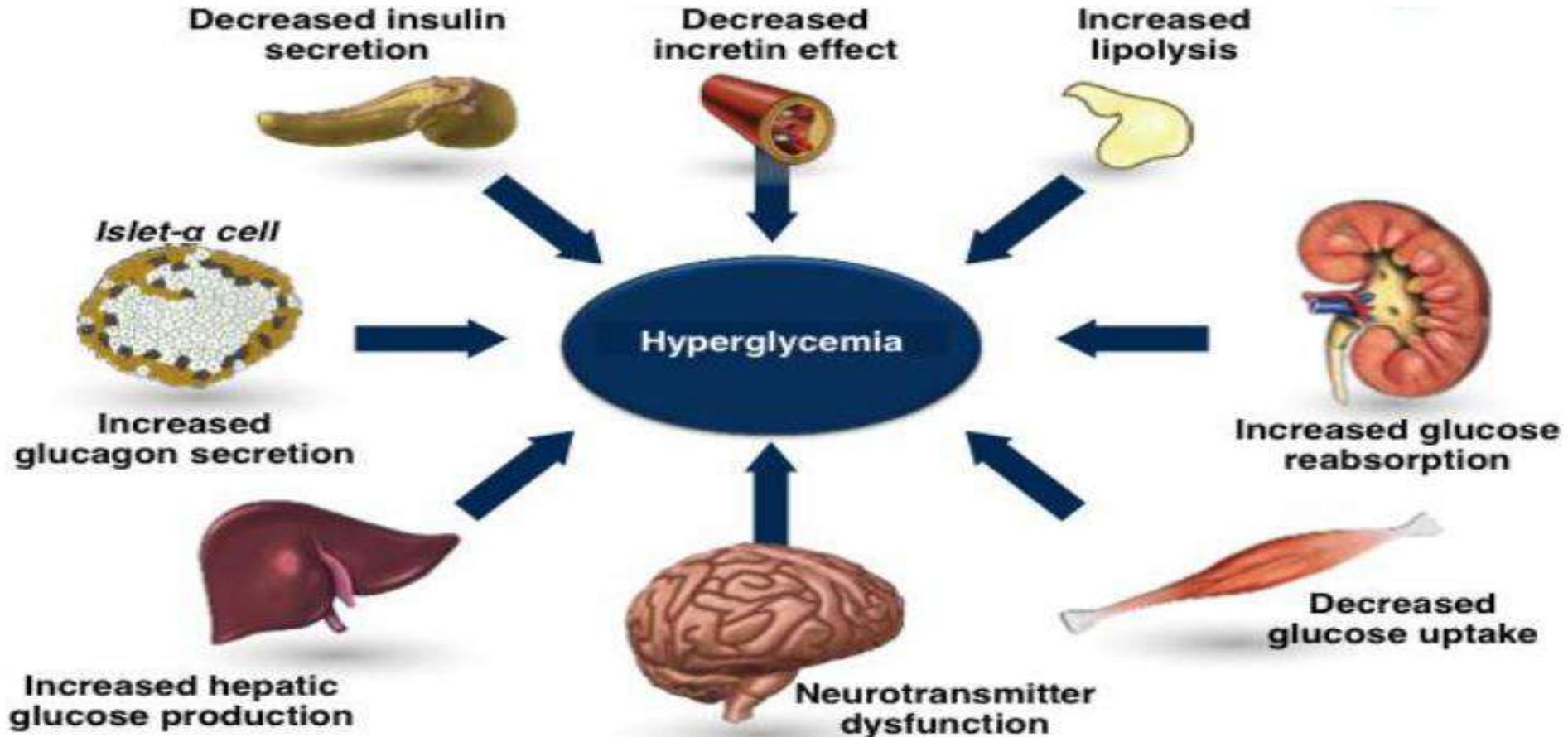
Meno della metà dei pazienti con DM2 visti nell'anno presenta un basso rischio di danno renale. Di contro, un quarto dei pazienti presenta rischio renale alto o molto alto.



Pathogenesis of Type 2 Diabetes: The Triumvirate



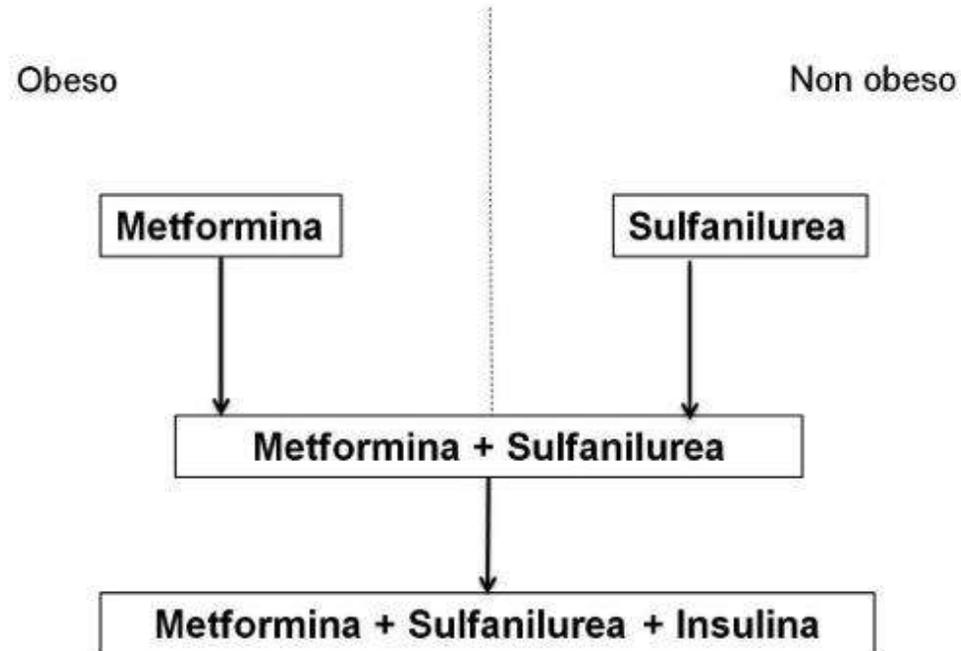
From the triumvirate to the ominous octet



Standard italiani per la cura del diabete mellito



Linee-guida italiane per il diabete mellito 1998



Standard italiani per la cura del diabete mellito 2007

Tabella 10
Terapia ipoglicemizzante orale

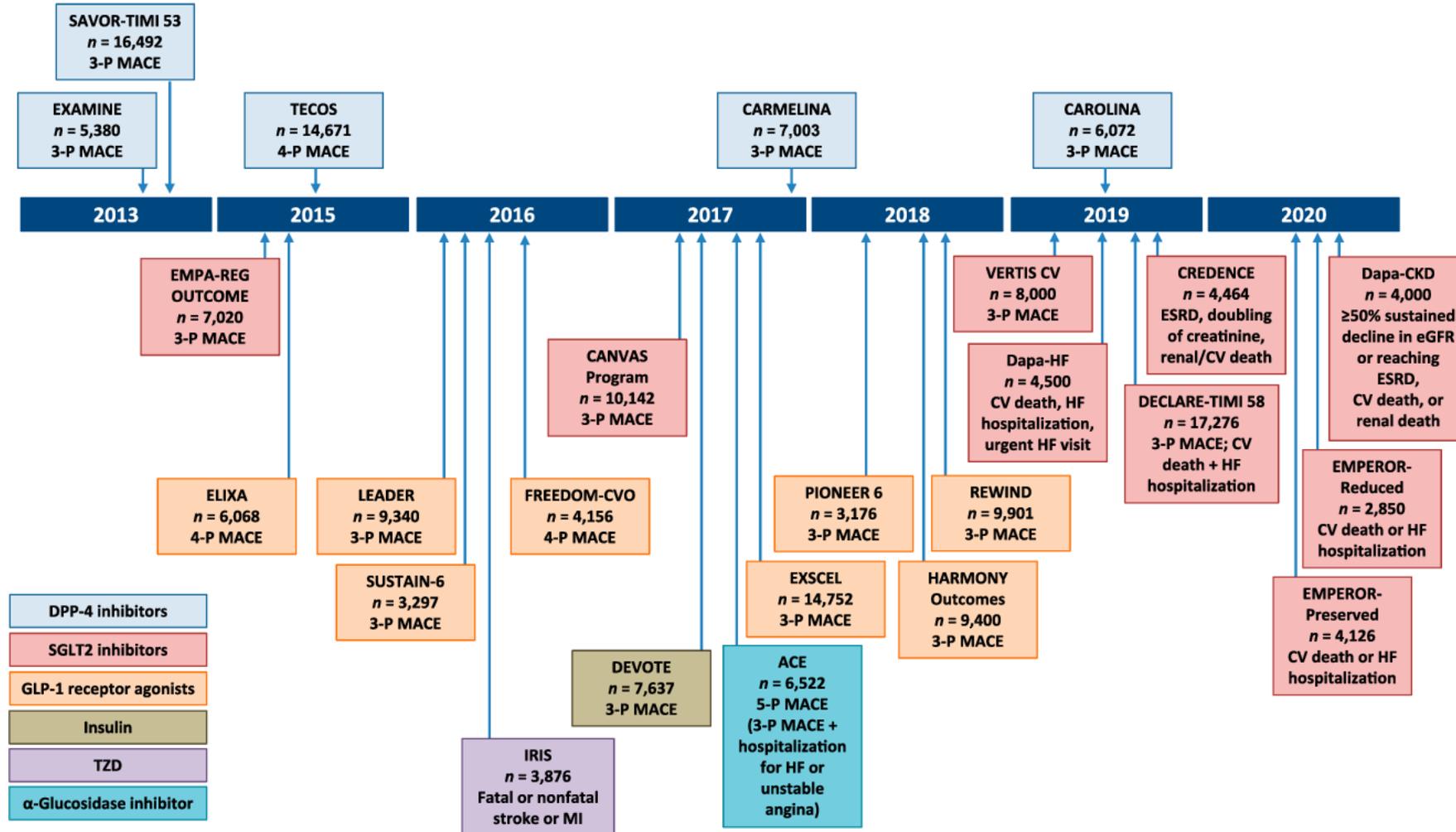
1. Iniziare una terapia farmacologica orale quando gli interventi sullo stile di vita non sono più in grado di mantenere il controllo della glicemia ai valori desiderati ($HbA_{1c} < 7\%$). Mantenere tuttavia sempre il supporto per il mantenimento dello stile di vita.
Valutare l'eventuale inizio o aumento della dose del farmaco orale ogni 2-6 mesi, con il fine di raggiungere e mantenere nel tempo valori di $HbA_{1c} < 7\%$.
2. Iniziare con la metformina (prima scelta), tranne che in presenza di rischio di insufficienza renale, iniziando con basse dosi da incrementare nel tempo, al fine di evitare intolleranza gastrointestinale. Controllare periodicamente la funzione renale e il rischio di insufficienza (filtrato glomerulare $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$); in caso di controindicazioni o di intolleranza, passare direttamente al paragrafo successivo.
3. Aggiungere un farmaco (secretagogo/glitazone) quando la metformina da sola non riesce a mantenere il buon controllo della glicemia o non è tollerata o è controindicata. I secretagoghi raggiungono più velocemente l'obiettivo ma più velocemente possono condurre al fallimento secondario; i glitazoni inducono ritenzione idrica e comportano un aumentato rischio di scompenso cardiaco nei pazienti già a rischio per tale patologia, ma consentono il mantenimento di un buon controllo della glicemia per un periodo maggiore dei secretagoghi. Iniziare un percorso di educazione terapeutica: se vengono prescritti secretagoghi, preavvisare del rischio di ipoglicemia; se vengono prescritti glitazoni, preavvisare del rischio di ritenzione idrica; se appropriato, prescrivere l'uso di presidi per l'automonitoraggio. Quando la compliance può essere un problema, prediligere farmaci in monosomministrazione. In pazienti con stile di vita variabile i secretagoghi ad azione rapida possono diventare una valida alternativa.
4. Usare la terapia tricombinata quando le associazioni metformina-secretagoghi o metformina-glitazoni non sono in grado di mantenere il controllo della glicemia ($HbA_{1c} < 7\%$); considerare comunque la possibilità di iniziare direttamente una terapia insulinica.
5. L'acarbiosio può rappresentare una ulteriore opzione, in particolare in pazienti intolleranti ad altri farmaci.
6. Aumentare le dosi o aggiungere altre classi di farmaci verificando il controllo metabolico ad intervalli frequenti (massimo 3-6 mesi) fino al raggiungimento dell'obiettivo. In presenza di un rapido deterioramento valutare la possibilità di un inizio precoce della terapia insulinica.

FIAT LUX ET LUX EST

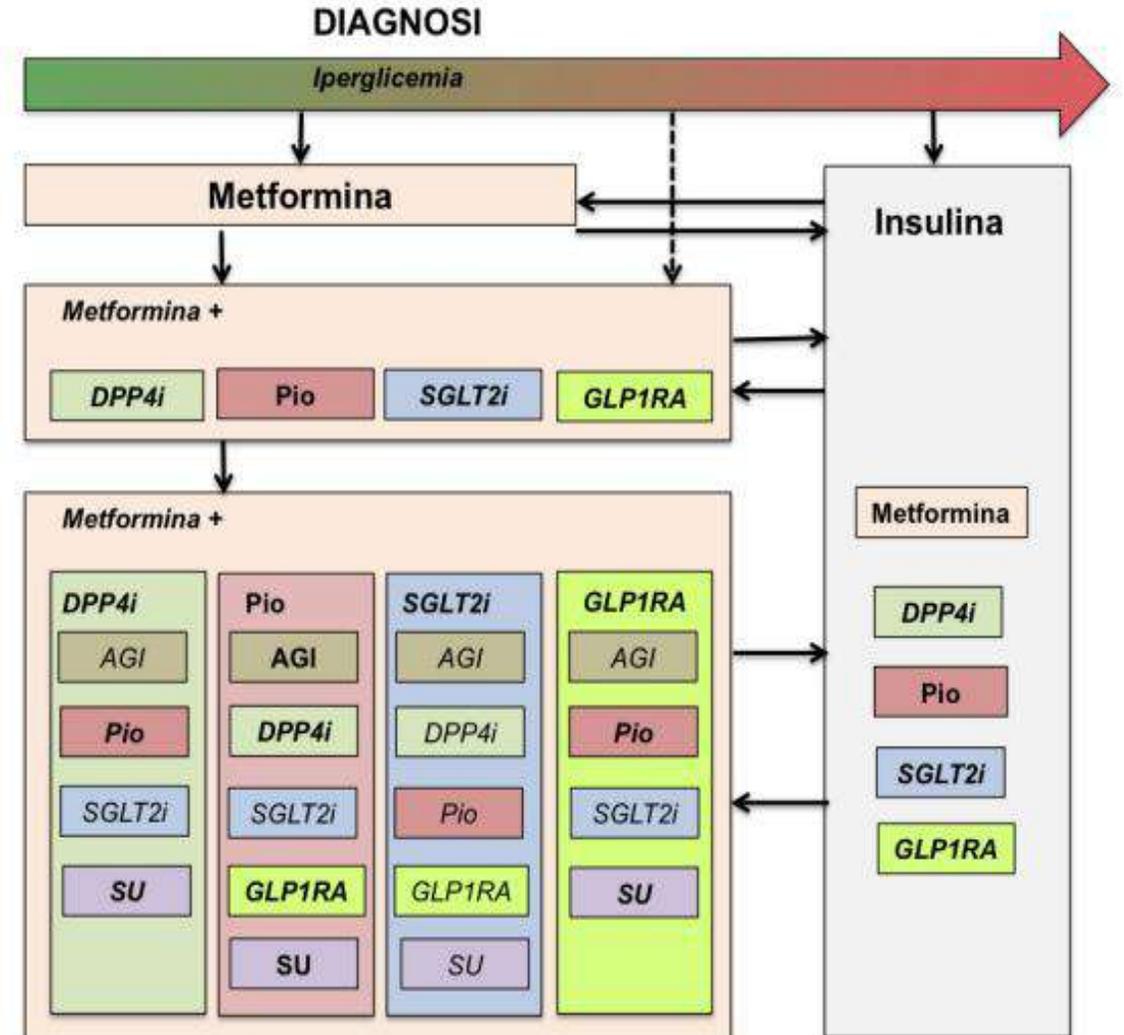
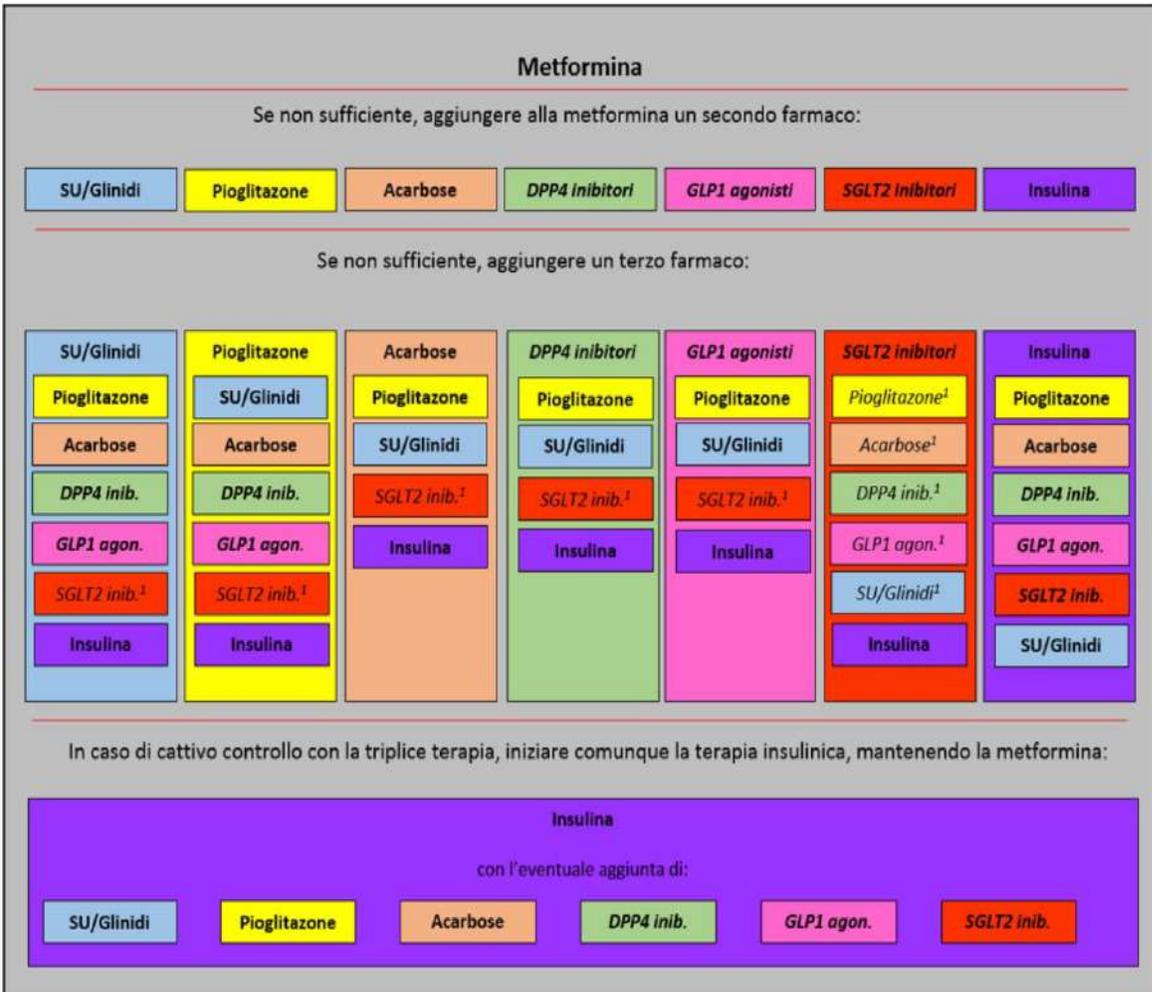
Le traiettorie di salute
Torino (TO) - 7 giugno 2025

IN HOC SIGNO VINCES

Strategie culturali-sociali e terapeutiche per la salute metabolica
Bra, Località POLLENZO (CN) - 22 novembre 2025



Standard italiani per la cura del diabete mellito 2016/18



Articolo 6, Legge Gelli-Bianco "Responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria"

«qualora l'evento avverso si sia verificato a causa di imperizia, la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle **linee guida** come definite e pubblicate ai sensi di legge...



GAZZETTA UFFICIALE
DELLA REPUBBLICA ITALIANA

Atto Completo | Avviso di rettifica Errata corriga | Lavori Preparatori | Direttive UE recepita

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.
(17G00041) (GU Serie Generale n 64 del 17-03-2017)
note: **Entrata in vigore del provvedimento: 01/04/2017**

FIAT LUX ET LUX EST

Le traiettorie di salute
Torino (TO) - 7 giugno 2025

IN HOC SIGNO VINCES

Strategie culturali-sociali e terapeutiche per la salute metabolica
Bra, Località POLLENZO (CN) - 22 novembre 2025



Linea Guida della Società Italiana di Diabetologia (SID) e dell'Associazione dei Medici Diabetologi (AMD)

La terapia del diabete mellito di tipo 2

Versione aggiornata a dicembre 2022



SISTEMA NAZIONALE LINEE GUIDA DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ



Linea guida pubblicata nel Sistema Nazionale Linee Guida

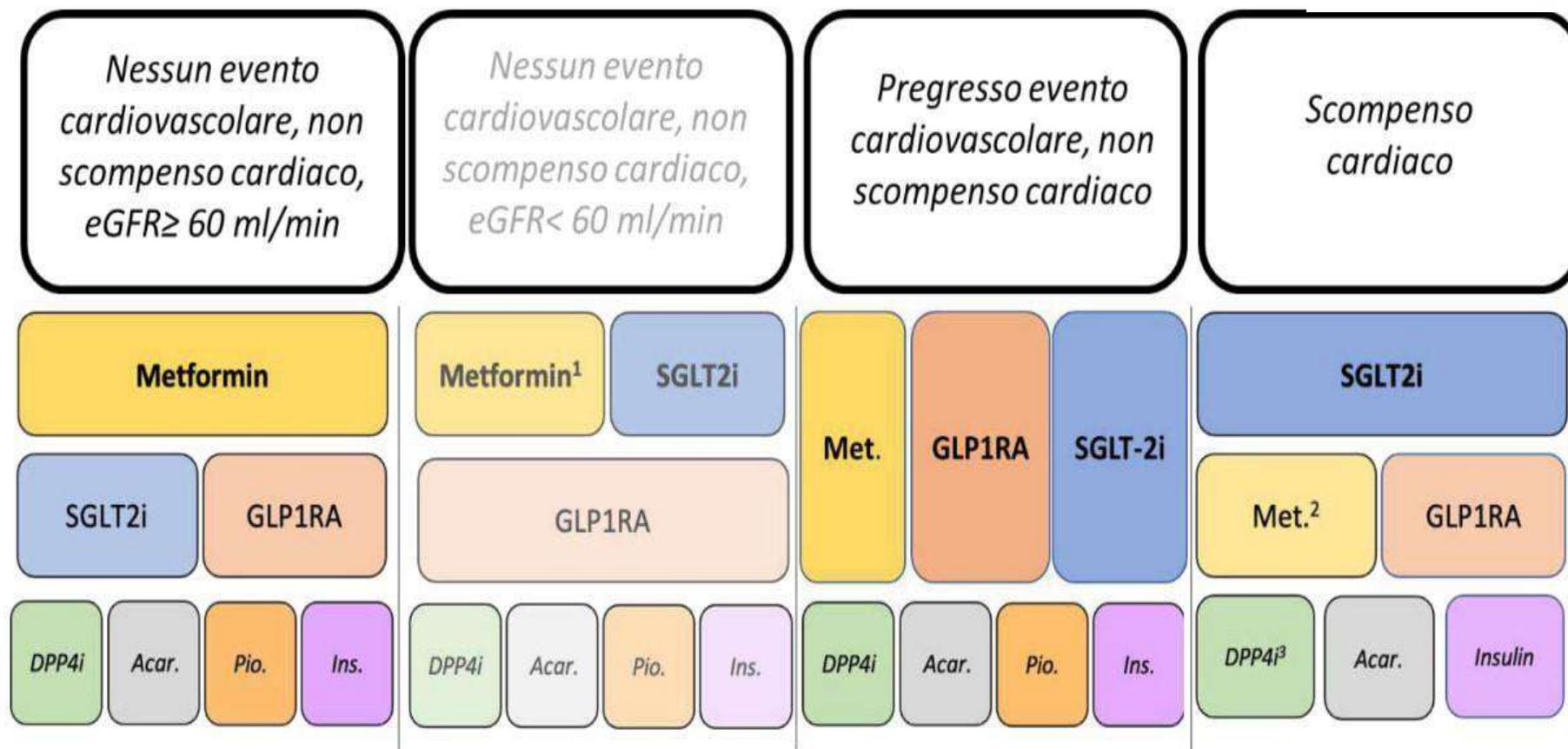
Roma, 26 luglio 2021

Aggiornamento 23 febbraio 2023



Linee guida per la terapia del T2DM

Mannucci E et al - Acta Diabetologica 2023; 60:1119



¹Se la metformina non è controindicata per ridotto eGFR.

²Se la metformina non è controindicata per ridotta funzione cardiaca.

³Eccetto saxagliptin che non è indicato in caso di scompenso cardiaco.

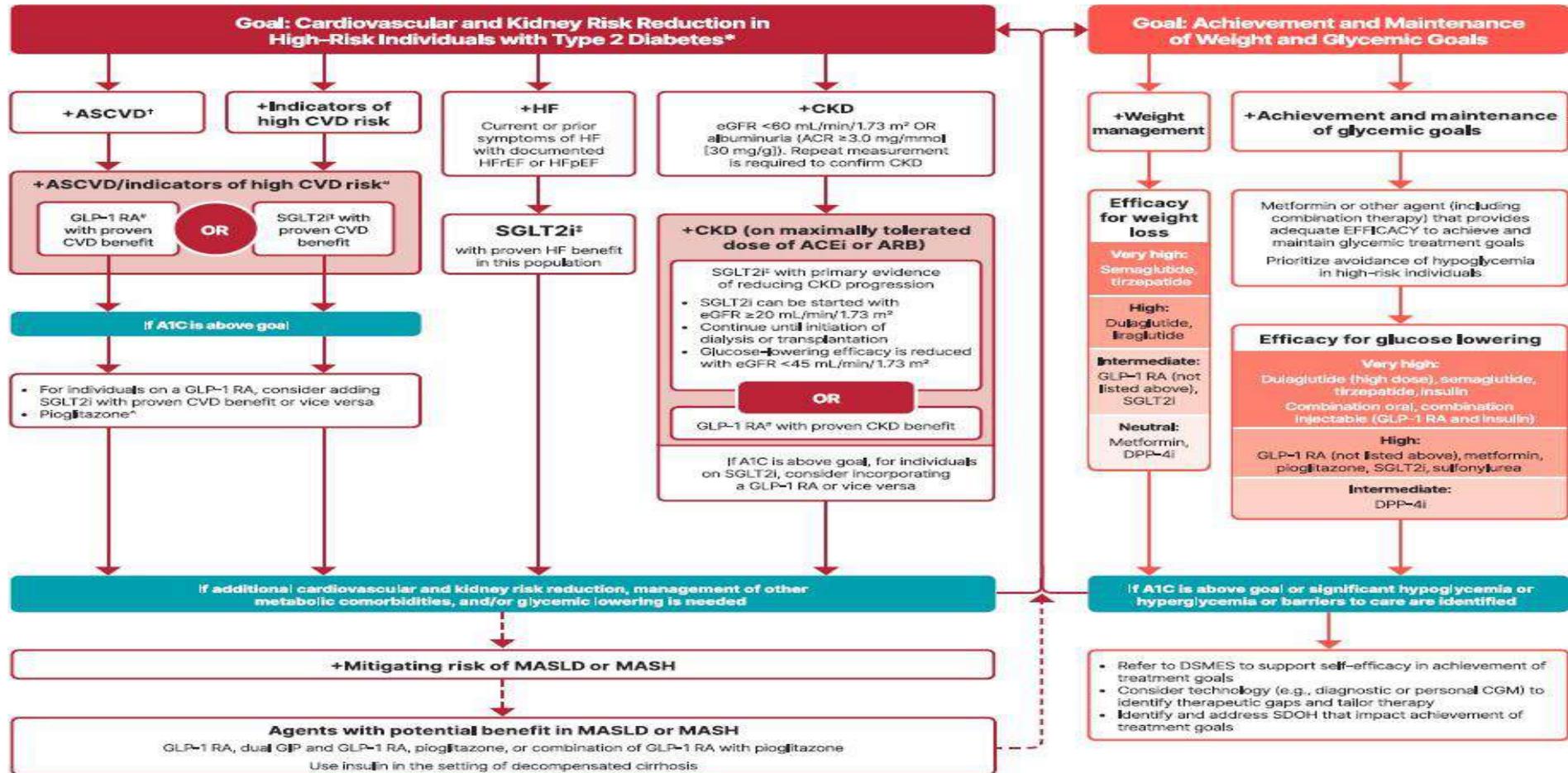
La raccomandazione sui pazienti con eGFR < 60ml/min è debole per carenza di studi clinici effettuati su questa popolazione

Si raccomanda la deprescrizione di sulfanilurre e glinidi

ADA STANDARDS OF CARE 2025

CVD/CKD
SGLT-2
GLP-1 RA

HbA1c/BW
SGLT-2
GLP-1 RA
GLP-1/GIP





NOTA 100

Prescrizione degli inibitori del SGLT2, degli agonisti recettoriali del GLP1, degli inibitori del DPP4, dei doppi agonisti recettoriali GIP/GLP1 e loro associazioni nel trattamento del diabete mellito tipo 2

Doppi agonisti recettoriali GIP/GLP1

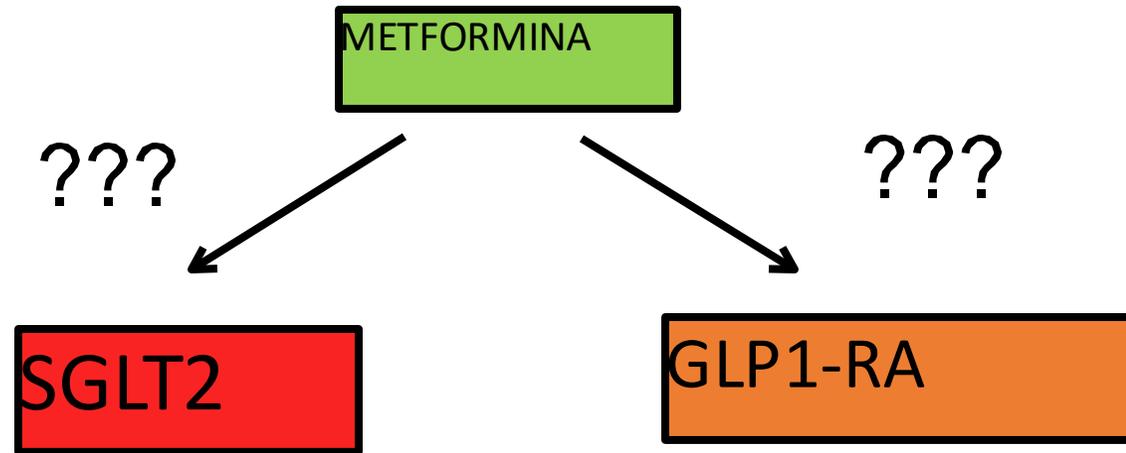
- Al momento per il first in class tirzepatide sono disponibili soltanto i risultati degli studi clinici randomizzati che ne hanno valutato primariamente il beneficio in termini di riduzione dell'HbA1c mentre è in corso lo studio, di confronto vs dulaglutide 1.5 mg OAW, sulla sicurezza ed efficacia cardiovascolare.
- In attesa delle evidenze su hard endpoint e nonostante i risultati sulla riduzione dell'HbA1c e del peso corporeo, i doppi agonisti recettoriali GIP/GLP1 dovrebbero rappresentare farmaci di seconda scelta nei soggetti con malattia renale cronica, malattia cardiovascolare o rischio cardiovascolare particolarmente elevato (multipli fattori di rischio o con un danno d'organo subclinico).
- Alla luce dei risultati finora ottenuti, questa classe di farmaci può rappresentare una opzione di prima scelta quando la principale necessità clinica consista in una sostanziale riduzione dell'emoglobina glicata e del peso corporeo.

FIAT LUX ET LUX EST

Le traiettorie di salute
Torino (TO) - 7 giugno 2025

IN HOC SIGNO VINCES

Strategie culturali-sociali e terapeutiche per la salute metabolica
Bra, Località POLLENZO (CN) - 22 novembre 2025



Research

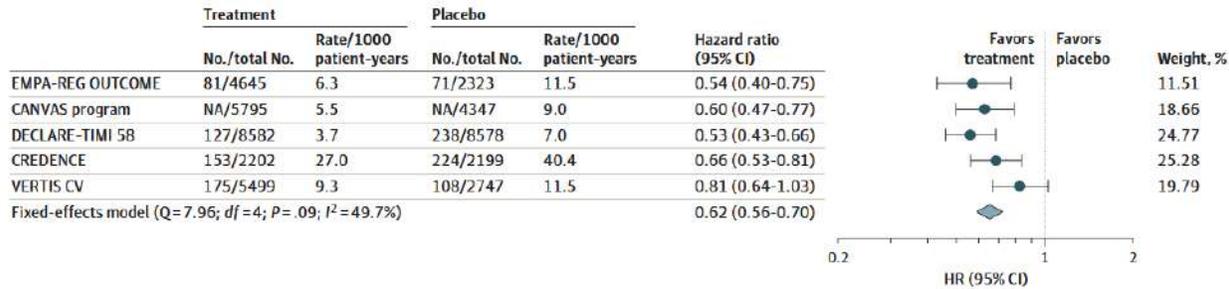
JAMA Cardiology | Original Investigation

Association of SGLT2 Inhibitors With Cardiovascular and Kidney Outcomes in Patients With Type 2 Diabetes A Meta-analysis

Darren K. McGuire, MD, MHSC; Weichung J. Shih, PhD; Francesco Cosentino, MD, PhD; Bernard Charbonnel, MD; David Z. I. Cherney, MD, PhD; Samuel Dagogo-Jack, MD, DSc; Richard Pratley, MD; Michelle Greenberg, BSc; Shuai Wang, PhD; Susan Huyck, DrPH; Ira Gantz, MD; Steven G. Terra, PharmD; Urszula Masiukiewicz, MD; Christopher P. Cannon, MD

Figure 4. Effects of Sodium-Glucose Cotransporter 2 Inhibitors on Kidney-Related Outcomes

A Overall kidney outcomes



B Kidney outcomes by ASCVD status

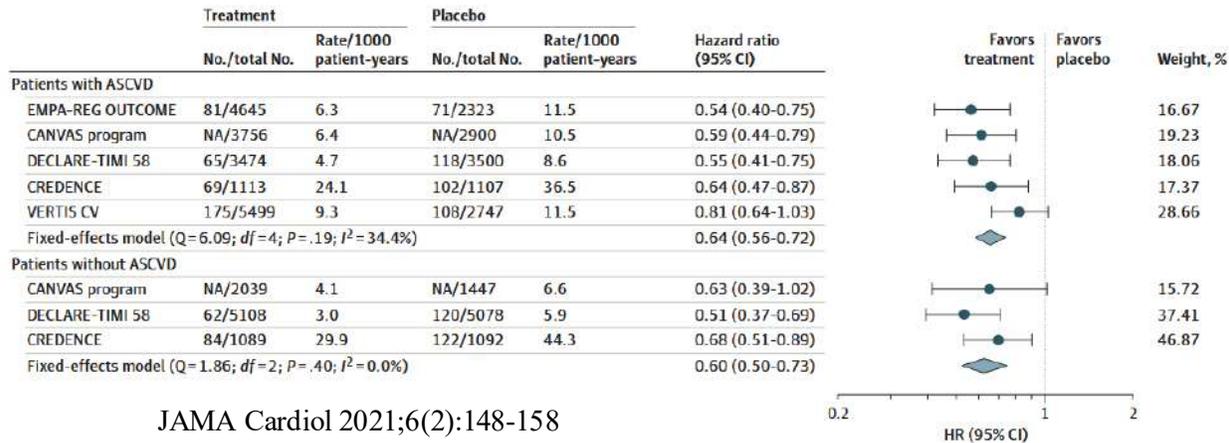
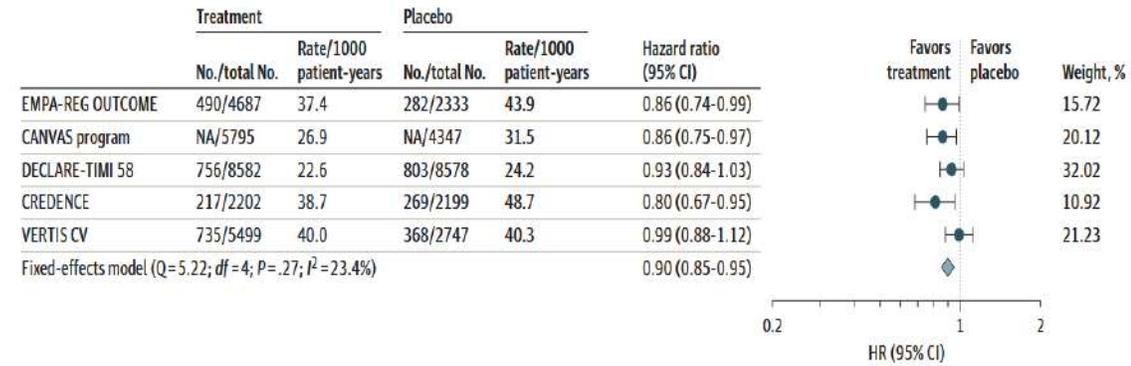
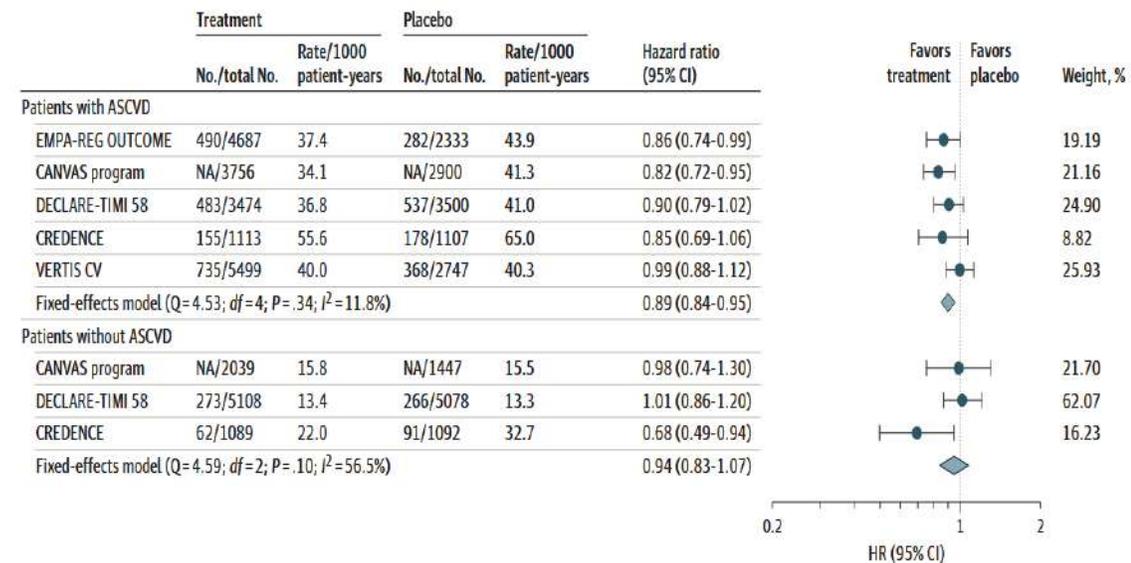


Figure 1. Effects of Sodium-Glucose Cotransporter 2 Inhibitors on Major Adverse Cardiovascular Events—Composite of Myocardial Infarction, Stroke, or Cardiovascular Death

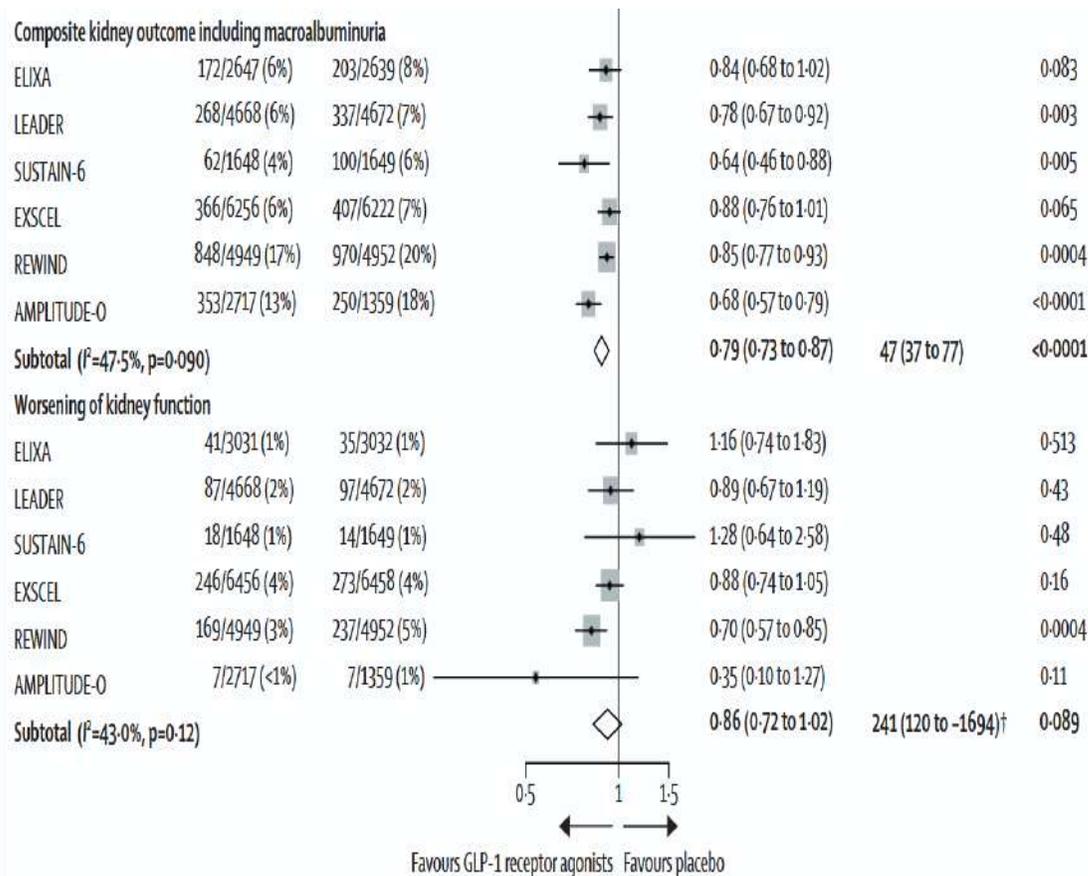
A Overall MACEs



B MACEs by ASCVD status



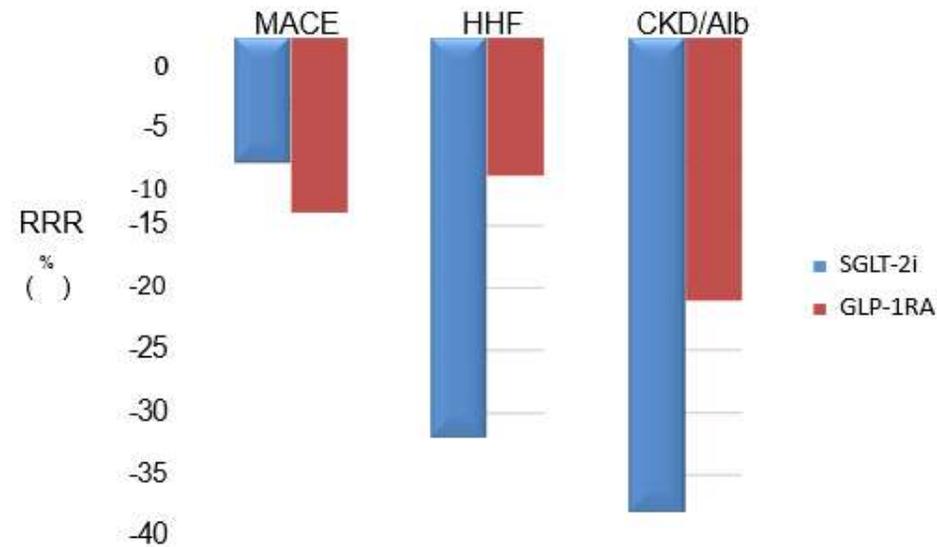
Cardiovascular, mortality, and kidney outcomes with GLP-1 receptor agonists in patients with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of randomised trials



GLP-1 receptor agonist, n/N (%)	Placebo, n/N (%)	Hazard ratio (95% CI)	NNT (95% CI)	p value
400/3034 (13%)	392/3034 (13%)	1.02 (0.89-1.17)		0.78
608/4668 (13%)	694/4672 (15%)	0.87 (0.78-0.97)		0.01
108/1648 (7%)	146/1649 (9%)	0.74 (0.58-0.95)		0.016
839/7356 (11%)	905/7396 (12%)	0.91 (0.83-1.00)		0.061
338/4731 (7%)	428/4732 (9%)	0.78 (0.68-0.90)		0.0006
594/4949 (12%)	663/4952 (13%)	0.88 (0.79-0.99)		0.026
61/1591 (4%)	76/1592 (5%)	0.79 (0.57-1.11)		0.17
189/2717 (7%)	125/1359 (9%)	0.73 (0.58-0.92)		0.0069
		0.86 (0.80-0.93)	65 (45-130)	<0.0001

CVD/CKD in CVOT con SGLT2i oppure GLP-1RA

Confronto indiretto di metanalisi

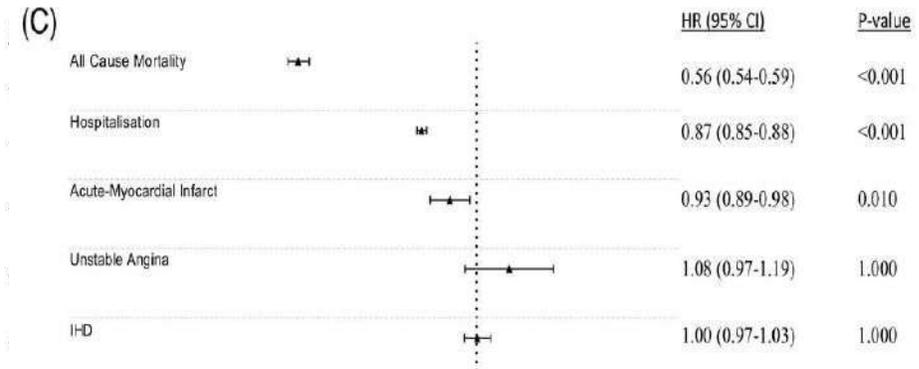
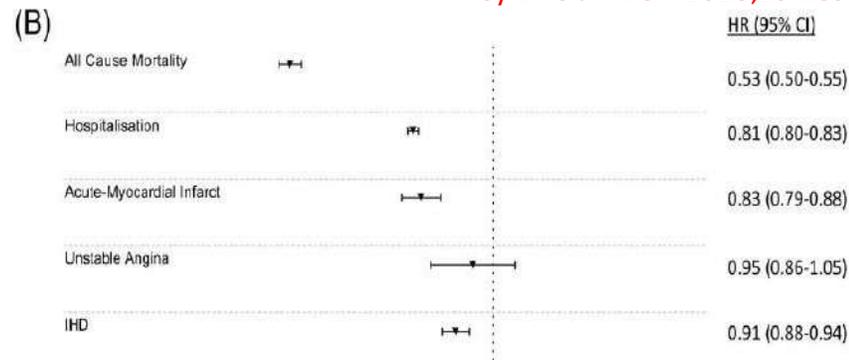


SGLT-2i - Meta-analisi di McGuire - JAMA Cardiology 2021; 6:148

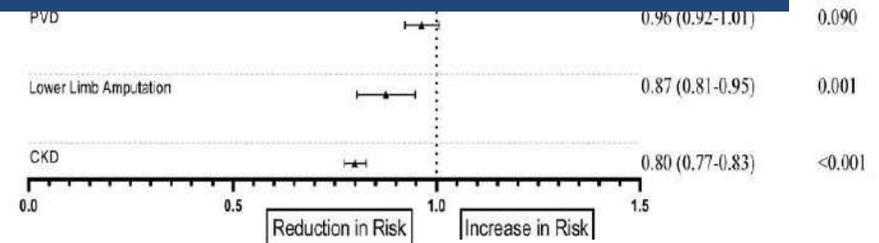
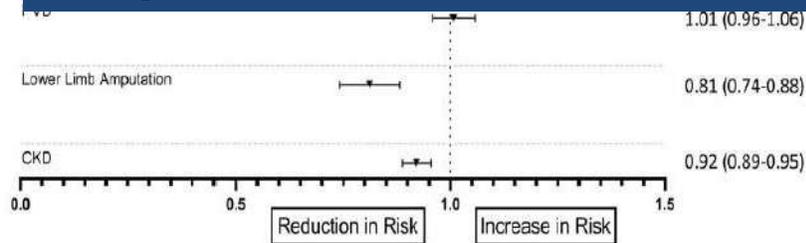
GLP-1RA - Meta-analisi di Sattar - Lancet Diabetes Endocrinol 2021; 9:653

CVD/CKD SGLT2+GLP1 versus singoli farmaci Studio osservazionale retrospettivo con PSM

Riley Dr e al.-DOM2023;25:2897



La combinazione sembra migliorare la prevenzione cardiovascolare e renale



SGLT-2i GLP-1RA SGLT-2i singolo

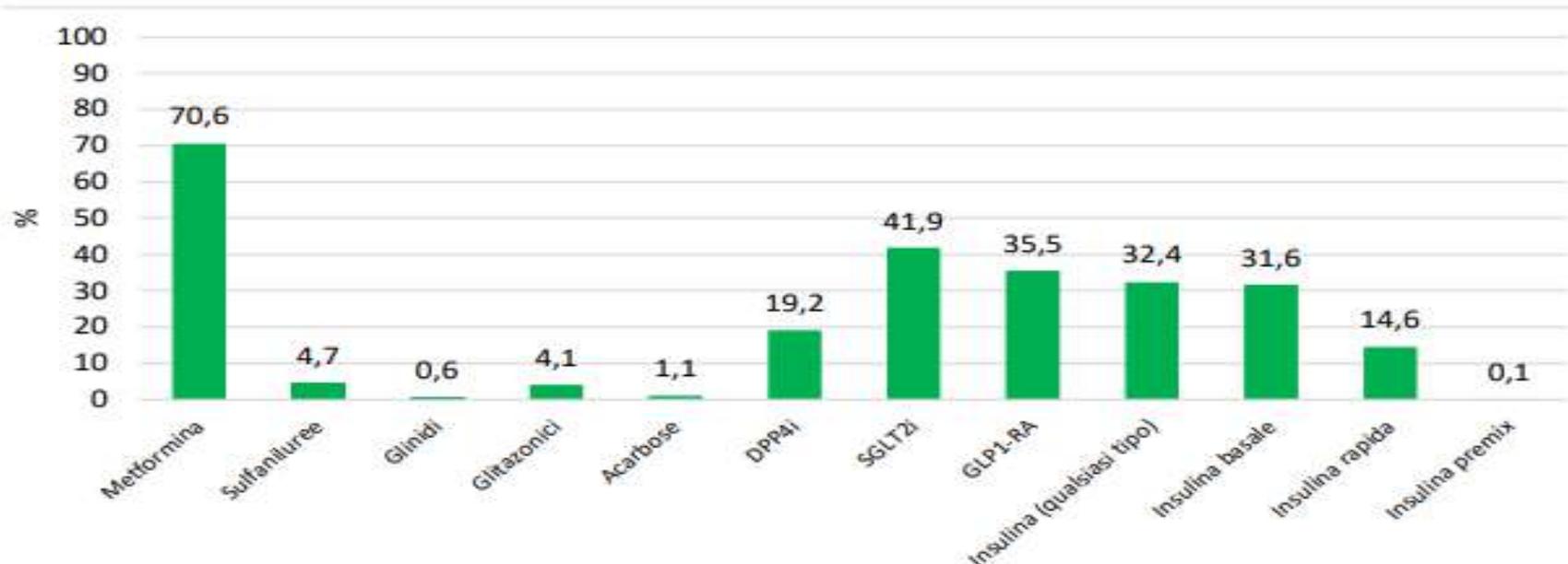
SGLT-2i GLP-1RA GLP-1RA singolo

Altre associazioni con SGLT2-GLP1-RA e endpoint CV e Renali

	SGLT-2i	GLP-1 RA
+ DPP-4i	No dati	Associazione senza alcuna logica
+ Pioglitazone	Forse benefici CVD addizionali	Forse benefici CVD addizionali
+ Sulfoniluree/Glinidi	No dati	No dati
+ Acarbosio	No dati	No dati
+ Insulina	Analisi di sensibilità Stessi benefici	Sottoanalisi Stessi benefici

Uso dei farmaci (%)

Farmaci per il diabete (%)

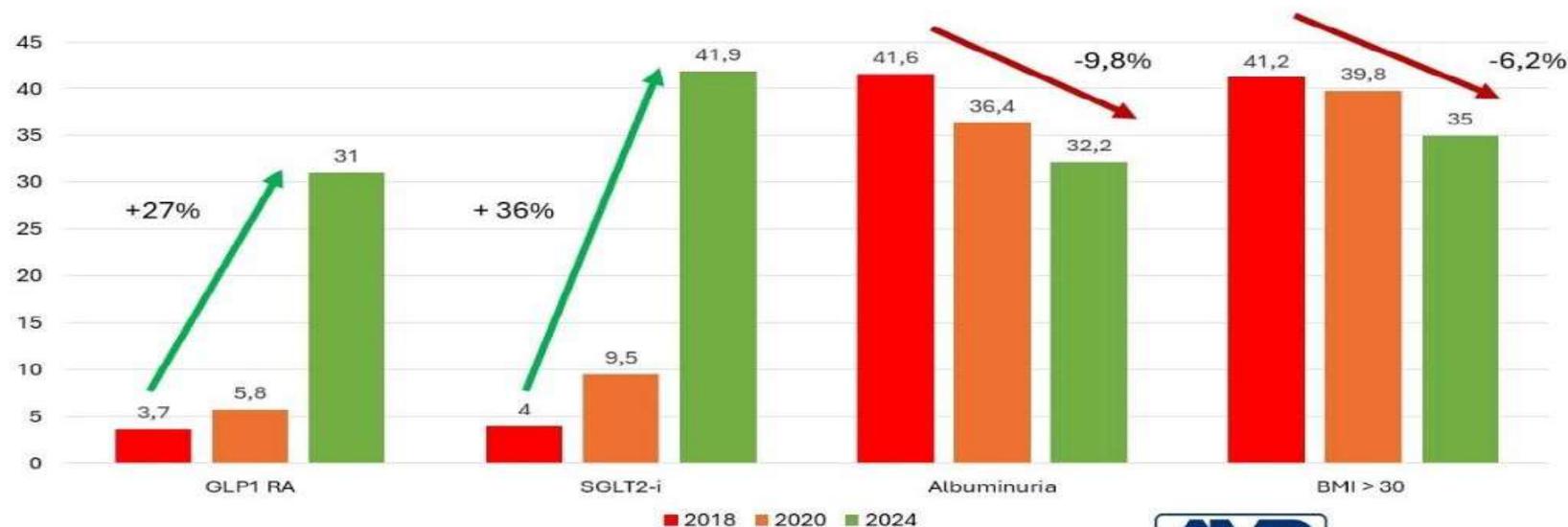


Oltre la metformina, prescritta al 70,6% dei pazienti, i farmaci anti-iperglicemizzanti più utilizzati risultano essere gli SGLT2i (41,9%), i GLP1-RA (35,5%) e l'insulina (32,4%). L'utilizzo "combinato" di SGLT2i e GLP1 RA è pari al 16,0% (dato disponibile per la prima volta in questa analisi). Un paziente su cinque è in trattamento con un DPP4i, rimasti invariato ormai dal 2022, mentre i secretagoghi vengono ancora impiegati nel 5,3% dei casi.

AMD Associazione Medici Diabetologi

Per accedere ai dati completi degli annali 2024 ---> <https://lnkd.in/gH8cJ7J5>

Trends in treatments and prevalence of Albuminuria and Obesity: The AMD Annals 2018-24

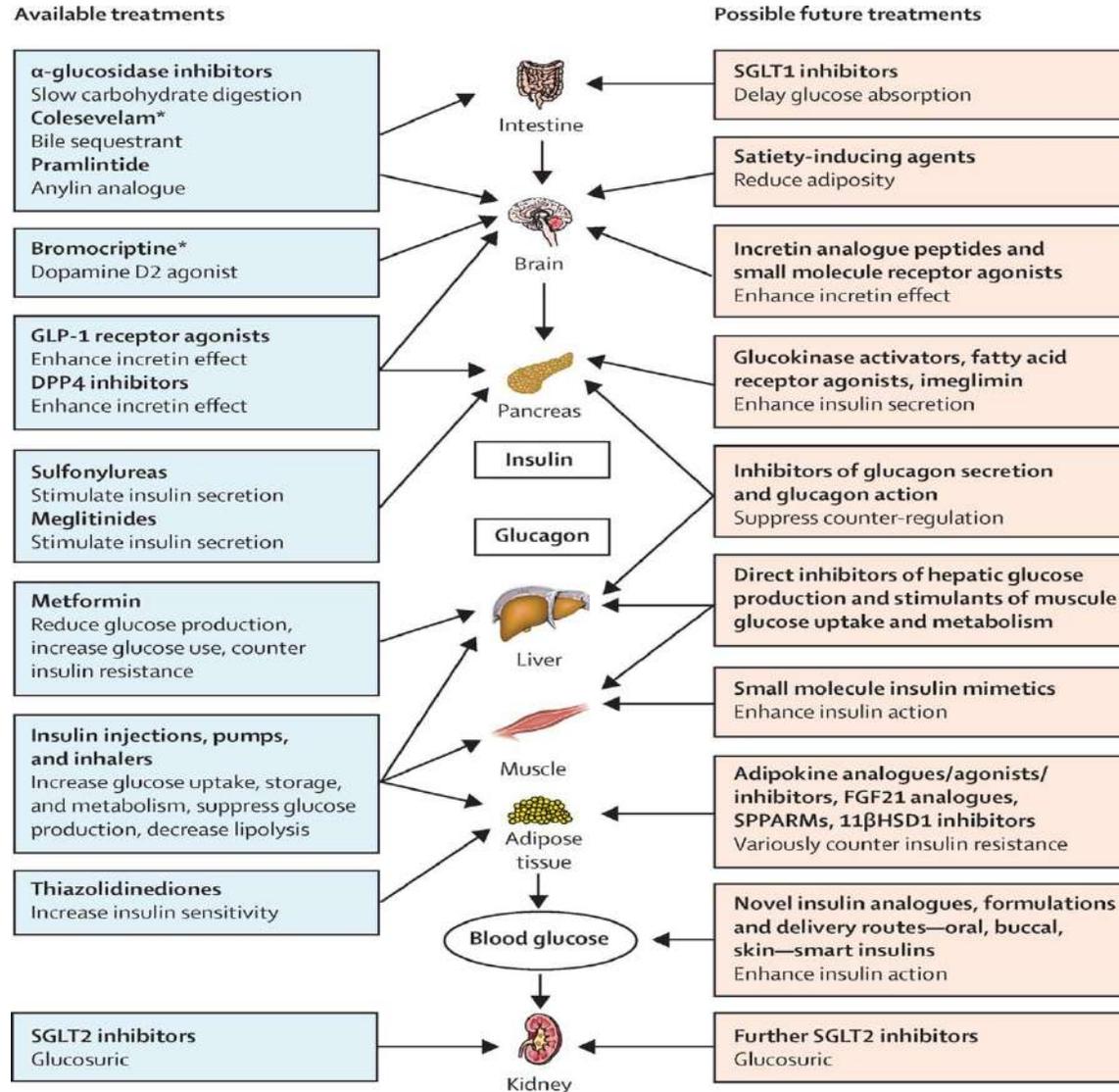


FIAT LUX ET LUX EST

Le traiettorie di salute
Torino (TO) - 7 giugno 2025

IN HOC SIGNO VINCES

Strategie culturali-sociali e terapeutiche per la salute metabolica
Bra, Località POLLENZO (CN) - 22 novembre 2025



FIAT LUX ET LUX EST

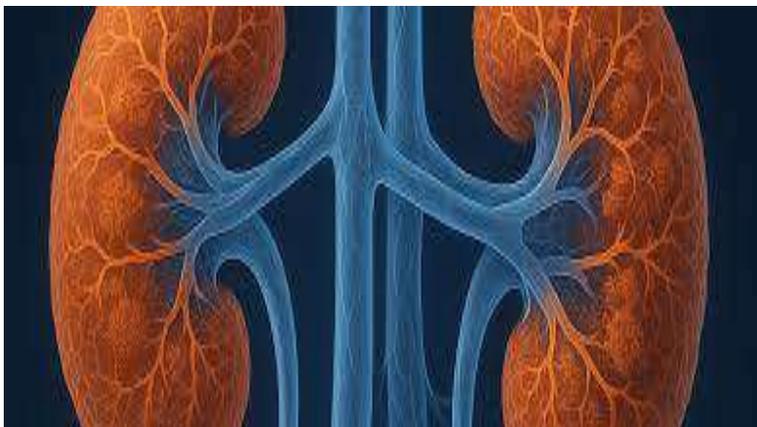
Le traiettorie di salute
Torino (TO) - 7 giugno 2025

IN HOC SIGNO VINCES

Strategie culturali-sociali e terapeutiche per la salute metabolica
Bra, Località POLLENZO (CN) - 22 novembre 2025



Grazie!



TAKE OF MESSAGES

- Obiettivo di cura del DM2 deve essere quello di ridurre sempre di più la distanza dai target dei principali fattori di rischio al fine di ridurre l'incidenza delle complicanze di malattia (soprattutto CKD e CVD)
- Sicuramente rispetto a qualche anno fa disponiamo di farmaci molto più «performanti» e dobbiamo continuare ad utilizzarli con sempre maggiore frequenza soprattutto sui pazienti early e nell'ottica della personalizzazione della cura.
- Sono in arrivo ancora nuovi farmaci con ottime prospettive per la cura dell'obesità e del diabete e l'incremento di utilizzo della AI potrà ulteriormente aiutarci