CONGRESSO TERRITORIALE AMD-SID LAZIO

DIABETE IN MOVIMENTO

DAI PROGETTI ALLA PRATICA: L'INNOVAZIONE CHE CURA

4 LUGLIO 2026

FIANO ROMANO
Hampton by Hilton Rome North



I GRUPPI APRONO LA VISIONE

GRUPPO DM1 e TRANSIZIONE

letteratura, real word e proposte progettuali

Prima della diagnosi: il nuovo tempo del diabete tipo 1

La sfida

"Se avessi potuto ritardare di alcuni anni l'arrivo del tuo diabete, cosa avrebbe significato quel tempo per te?"



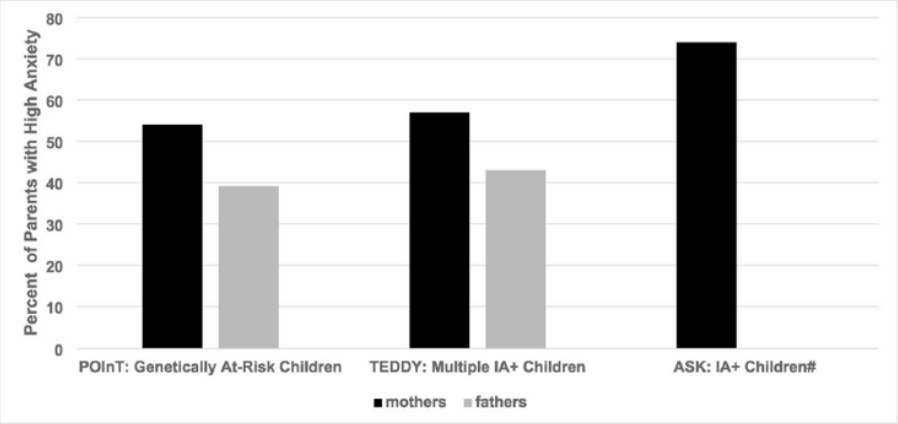
Le evidenze

Current Diabetes Reports (2025) 25:57
https://doi.org/10.1007/s11892-025-01612-3

REVIEW

Psychological Impact of Screening for Risk of Type 1 Diabetes: an Update

Suzanne Bennett Johnson[1] · Holly O'Donnell[2] · Laura B. Smith[3] · Jessica Melin[4]

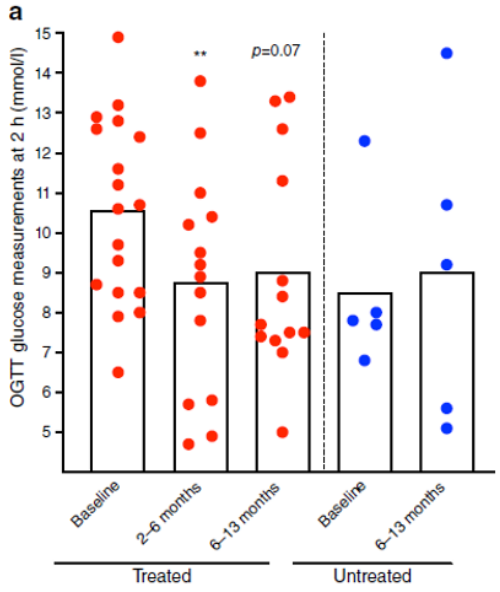


Diabetologia
https://doi.org/10.1007/s00125-025-06646-6

ARTICLE

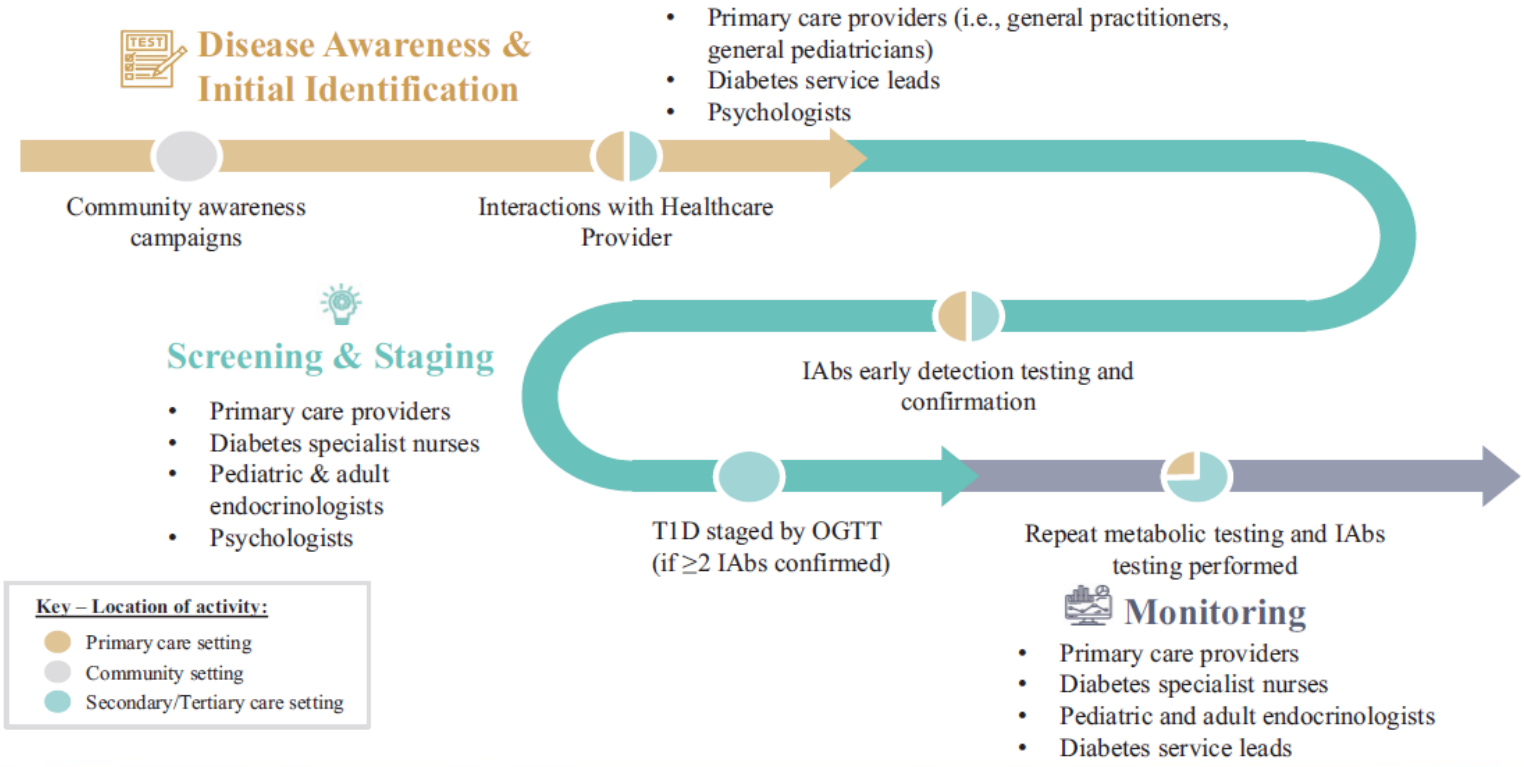
Teplizumab treatment for stage 2 type 1 diabetes: a real-world evaluation of metabolic and immunological outcomes

Kagan E. Karakus[1] · Lexie Chesshir[1] · Sonya Walker[1] · Erin E. Baschal[1] · Kristen A. McDaniel[1] · Taylor M. Triolo[1] · Andrea K. Steck[1] · Brigitte I. Frohnert[1] · Peter A. Gottlieb[1] · Aaron W. Michels[1] · Kimber M. Simmons[1]



Le evidenze

Diabete di tipo 1 nelle fasi iniziali: percorsi mirati



Mathieu C, *Diabetes, Obesity and Metabolism*; 2025

Le nostre risposte

SURVEY SULLO SCREENING E SUL TRATTAMENTO PRECOCE DEL DM1 IN STADIO 2

REGIONE LAZIO • DIABETOLOGIA PEDIATRICA & DELL'ADULTO

Survey inviata a 29 centri diabetologici del Lazio
Risposte ricevute: 13 centri (45%)

SCREENING DM1 (LEGGE 130/2023)

TEPLIZUMAB USO COMPASSIONEVOLE STADIO 2 DM1 LAZIO

#	DOMANDA	SINTESI RISPOSTE (N=13)
1	Presso la tua unità operativa è attivo un programma di screening del diabete tipo 1 nei soggetti a rischio?	Sì 7 (54%) | No 6 (46%)
2	Quali anticorpi vengono dosati in loco fra IAA, IA-A2, GAD e ZnT8?	Tutti 4 (31%) | GAD + IAA + IA-2 3 (23%) | Solo GAD 3 (23%) | Altri 1 (8%) | n.r. 2 (15%)
3	Nel caso il laboratorio della ASL/ospedale non li dosasse o non li dosasse tutti, è attiva una convenzione per un service?	No 9 (69%) | Sì 2 (15%) | n.r. 2 (15%)
4	Quante persone con diabete tipo 1 in stadio 2 sono state identificate con lo screening?	0: 5 centri (38%) | 1: 2 centri (15%) | 4: 2 centri (15%) | 7: 1 centro (8%) | 10: 1 centro (8%) | Non so: 1 centro (8%)
5	Presso la tua unità operativa è attivo un percorso per il follow up e la presa in carico dei soggetti a rischio di sviluppare diabete tipo 1?	Sì 7 (54%) | No 6 (46%)
6	Presso la tua unità operativa è attivo un percorso per la somministrazione di Teplizumab alle persone con diabete tipo 1 in stadio 2?	No 8 (62%) | Sì 5 (38%)
7	Se sì, quante persone con diabete tipo 1 in stadio 2 sono state trattate con Teplizumab?	0/nessuno: 11 centri (85%) | 3 pazienti: in 1 centro (15%)

Eterogeneità elevata tra i centri del Lazio: necessario un percorso regionale condiviso

n.r.: non risposto

Le nostre risposte

Le principali criticità che emergono dalla survey e che possono limitare l'efficace attuazione dello screening e l'accesso al trattamento precoce in stadio 2.

SCREENING NON DIFFUSO E ATTIVAZIONE DISOMOGENEA	• 46% dei centri non ha attivato un programma di screening del DM1 nei soggetti a rischio. • Attivazione non uniforme sul territorio, con differenze tra le Aziende e tra le sedi.
DOSAGGIO ANTICORPALE NON UNIFORME	• Solo il 31% dei centri dosa tutti gli autoanticorpi (GAD, IA-2A, IAA, ZnT8). • Una quota significativa dosa solo alcuni autoanticorpi.
PERCORSI DI FOLLOW-UP NON STRUTTURATI	• 46% dei centri non ha attivato un percorso dedicato di follow-up e presa in carico. • Mancanza di percorsi strutturati e di protocolli condivisi per il monitoraggio dei soggetti a rischio.
ACCESSO A TEPLIZUMAB ANCORA LIMITATO	• 85% dei centri non ha trattato alcun paziente con Teplizumab. • Esperienza clinica ancora iniziale e risorse dedicate limitate.
MANCANZA DI CODICI DI ESENZIONE E DI CODICI ICD-10 SPECIFICI	• Assenza di esenzione per patologia dedicata allo stadio 2 del DM1 in uso compassionevole. • Mancanza di codici ICD-10 specifici per identificare in modo univoco i pazienti in stadio 2. • Difficoltà amministrative e di tracciabilità con impatti su accesso, monitoraggio e rimborsabilità.
ETEROGENEITÀ TRA CENTRI PEDIATRICI E CENTRI DELL'ADULTO	• Differenze nell'organizzazione, nei percorsi di screening e follow-up e nelle risorse disponibili.

Le sfide aperte

ANALISI DEI GAP

	GAP DI COMPETENZE	TEMPO DEDICATO	ASPETTI ORGANIZZATIVI	INTEGRAZIONE NEL PERCORSO DI CURA
SCREENING DM1 (LEGGE 130/2023)	**Competenze / formazione** • Variabilità nel counselling e nella comunicazione con famiglie e pazienti. • Necessità di team multiprofessionali dedicati.	**Tempo clinico** • Counselling pre/post-test non sempre riconosciuto. • Follow-up dei positivi complesso e protratto nel tempo. • Carico aggiuntivo per PLS/MMG e centri di riferimento.	**Organizzazione screening** • Variabilità nei percorsi di invio ai centri e nei flussi informativi. • Reperibilità e tempi di refertazione dei laboratori di autoanticorpi.	**Presa in carico** • Collegamento non strutturato tra PLS/MMG, laboratori e centri diabetologici. • Integrazione non strutturata per la transizione pediatrico–adulto per le persone con diabete tipo 1 in stadio 2
TEPLIZUMAB USO COMPASSIONEVOLE STADIO 2 DM1 LAZIO	**Competenze trattamento** • Esperienza limitata sull'uso di Teplizumab e sulla gestione degli eventi avversi. • Formazione specifica su selezione candidati, gestione clinica e monitoraggio.	**14 giorni consecutivi** • Il trattamento richiede 14 infusioni consecutive con monitoraggio clinico. • Difficoltà per i servizi di diabetologia a garantire il Day Hospital anche la domenica. • Elevato impegno di personale infermieristico e medico dedicato.	**DRG, esenzione, CE, UFA** • Difficoltà a individuare un DRG/codifica appropriata per percorso e DH. • Assenza di esenzione dedicata per stadio 2 • Reperibilità farmaco/UFA, stoccaggio e logistica di preparazione. .	**Rete regionale** • Rete regionale per condivisione dei dati e outcome. • Coordinamento con MMG/PLS per monitoraggio a lungo termine.

IMPATTO

- **Rischio di sotto-diagnosi e disomogeneità nell'identificazione dei candidati.**
- **Ritardi nell'accesso al trattamento e sovraccarico dei servizi di DH.**
- **Inefficienze regionali e ostacoli all'implementazione del percorso.**
- **Perdita di opportunità di prevenzione e discontinuità nella presa in carico.**

Le azioni

DALLO SCREENING AL TRATTAMENTO

Tre azioni obbligatorie

AZIONE CLINICA

Integrare la diagnosi precoce nei percorsi già esistenti

- Identificare la popolazione target
- Standardizzare quando testare e cosa fare se positivo
- Accesso tempestivo a Teplizumab quando indicato

AZIONE ORGANIZZATIVA

Disegnare un flusso operativo screening → invio/presa in carico → terapia

- PDTA condiviso a livello regionale
- Matrice RACI con responsabilità definite
- Integrazione con i percorsi di transizione diabetologia pediatrica–adulto

AZIONE FORMATIVA

Allargare le competenze oltre il Centro specialistico

- Formazione mirata di MMG, PLS e specialisti
- Coinvolgimento delle Associazioni Pazienti
- Counselling pre/post-test e interpretazione autoanticorpi
- Monitoraggio condiviso nel lungo termine

→ Whorkshop regionale: consensus - PDTA dedicato - rete MMG/PLS–Centri per garantire facilità di accesso e monitoraggio