

Diabete Mellito tipo 1 e tipo 2: il percorso ottimale

HTA E VALUE-BASED HEALTHCARE: MODELLI DI VALUTAZIONE PER LA GESTIONE INTEGRATA DELLA CRONICITÀ

Modello di valutazione (HTA) degli approcci alla gestione della cronicità (valutazione dell'impatto delle innovazioni tecnologiche e organizzative sugli esiti e gli altri elementi di valore), in una logica value based healthcare. Diabete, BPCO, Asma grave

Sala Giotto
25 novembre 2025

Definizione della patologia

Motivazione della scelta della patologia

Obiettivi del percorso

Criteri di inclusione pazienti

Percorso del paziente nel PDTA

- Diagnosi*
- Trattamento*
- Follow up*
- Riacutizzazione*

Prevenzione

Educazione

Diabete Mellito

Il diabete mellito è un gruppo eterogeneo di malattie metaboliche caratterizzate da iperglicemia cronica, dovuta a difetti nella secrezione e/o nell'azione dell'insulina, che può determinare danni a vari organi e apparati nel lungo termine.

Diabete Tipo 1

Malattia autoimmune che distrugge le cellule B pancreatiche. Insorge prevalentemente nell'infanzia ma può essere diagnosticato in età adulta (LADA).

Diabete Tipo 2

Forma più diffusa (90% dei casi), inizia con insulino-resistenza e deficit progressivo di secrezione di insulina. In genere si manifesta dopo i 30-40 anni di età.

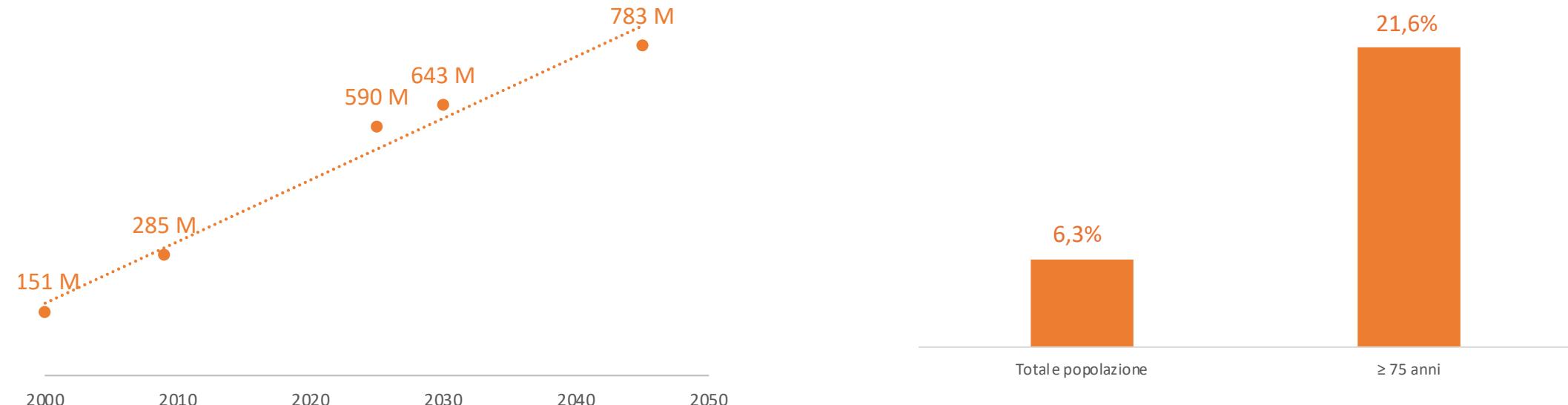
Altri tipi

Include diabete gestazionale, monogenico (MODY) e forme secondarie ad altre patologie o farmaci specifici.

Rilevanza Epidemiologica

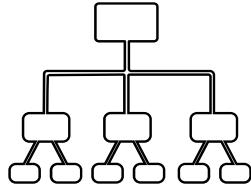
Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la prevalenza del diabete mellito è in continuo aumento.

Nel 2023, in Italia, la prevalenza era pari al 6,3% della popolazione (6,9% negli uomini e 5,7% nelle donne). Essa raggiunge il 21,6% tra le persone di 75 anni o più.



A livello mondiale la prevalenza è quasi quadruplicata in 46 anni
(Fonte: OMS e IDF)

Perché serve un modello organizzativo integrato per il paziente con diabete



Il modello richiede un approccio multidisciplinare/multiprofessionale e continuativo

La frammentazione dell'assistenza genera inefficienze ed esiti peggiori



Ritardi diagnostici



Duplicazioni di esami e percorsi scoordinati



Scarsa aderenza terapeutica



Aumento delle ospedalizzazioni e delle complicatezze



Un quadro regolatorio chiaro spinge verso PDTA e integrazione



Piano Nazionale della Malattia Diabetica approvato con Intesa-Stato Regioni del 6 dicembre 2012;

Piano Nazionale della Cronicità (PNC) – approvato con Intesa Stato-Regioni del 15 settembre 2016;

DM 77/2022 – che riorganizza l'assistenza territoriale e prevede l'adozione di modelli innovativi per la gestione delle cronicità, in coerenza con quanto previsto dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 – Salute;

Piani regionali per la prevenzione (PRP); Linee guida e raccomandazioni scientifiche nazionali e internazionali (es. AMD-SID, ISS, NICE, ADA-EASD)



25-28 NOVEMBRE 2025
AREZZO FIERE E CONGRESSI

20
Years
2006-2025

- 1
- 2
- 3
- 4

Definire le responsabilità e le modalità operative

Garantire la presa in carico multiprofessionale del paziente, la continuità delle cure e l'appropriatezza delle prestazioni fornite.

Standardizzare il percorso

Identificare in modo precoce e standardizzato il percorso diagnostico.

Definire l'appropriatezza delle prestazioni

Incrementare appropriatezza delle prestazioni e controllo malattia.

Empowerment paziente

Educare e coinvolgere attivamente il paziente al suo percorso di cura.

Criteri di inclusione

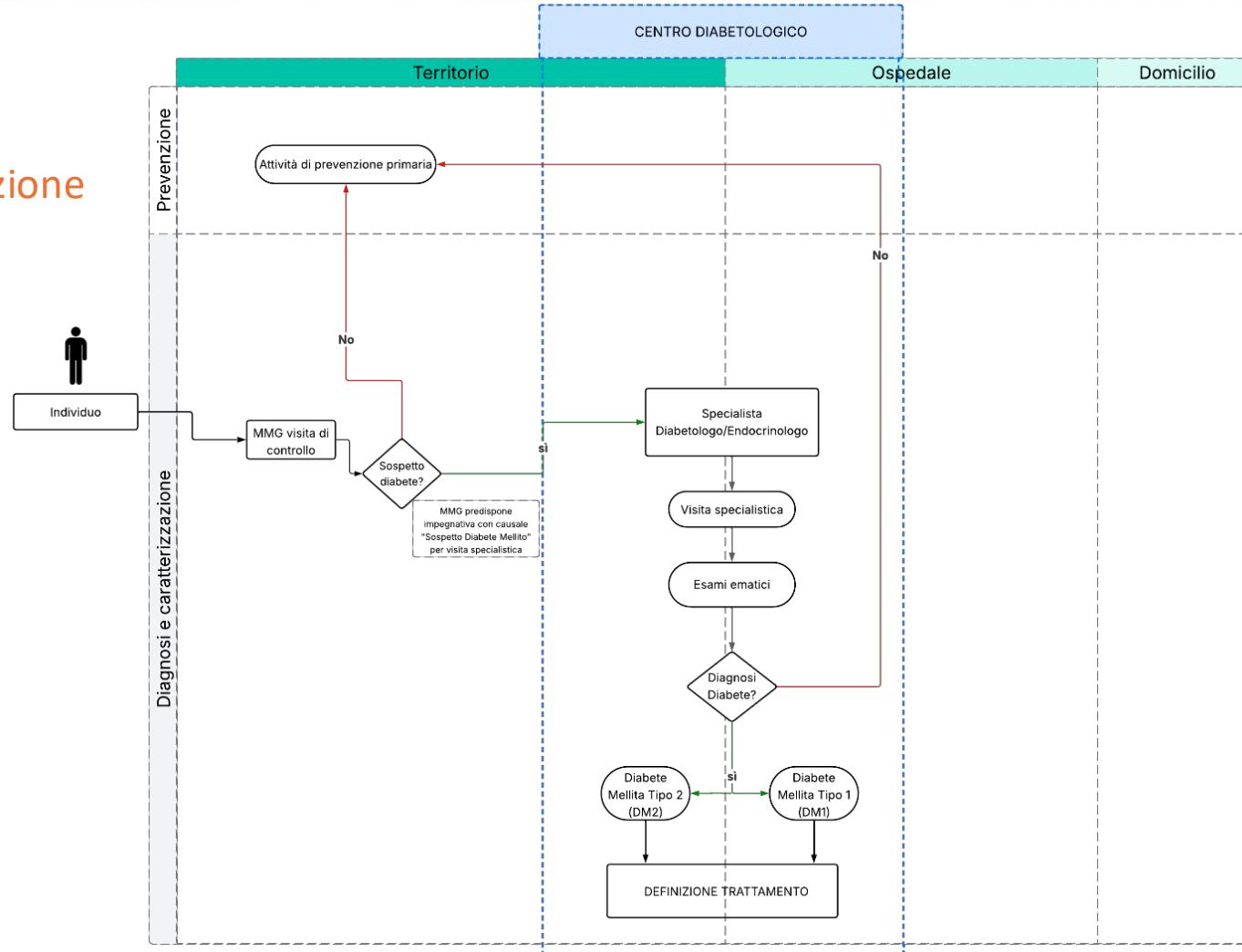
- Popolazione adulta di età superiore o uguale a 18 anni
- Diagnosi confermata di diabete mellito tipo 1 o tipo 2 secondo criteri ADA/OMS, con presenza di:
 1. HbA_{1c} ≥ 6,5% (48 mmol/mol) o;
 2. Glicemia a digiuno (Fasting Plasma Glucose) ≥ 126 mg/dL (≥7.0 mmol/L) o;
 3. Glicemia post-prandiale a 2 ore (2h PG) ≥ 200 mg/dL (≥11.1 mmol/L) durante Oral Glucose Tolerance Test (OGTT) o;
 4. individuo con sintomi classici di iperglicemia o in crisi iperglicemica con glicemia plasmatica casuale ≥ 200 mg/dL (11,1 mmol/L).
- Donne in gravidanza con diabete mellito tipo 1 o tipo 2 preesistente
- Consenso informato del paziente per l'adesione al percorso assistenziale

Criteri di esclusione

- Popolazione pediatrica con età inferiore a 18 anni
- Diabete gestazionale
- Pazienti in fase acuta critica o con patologie terminali
- Rifiuto esplicito del paziente o non residenza nel territorio

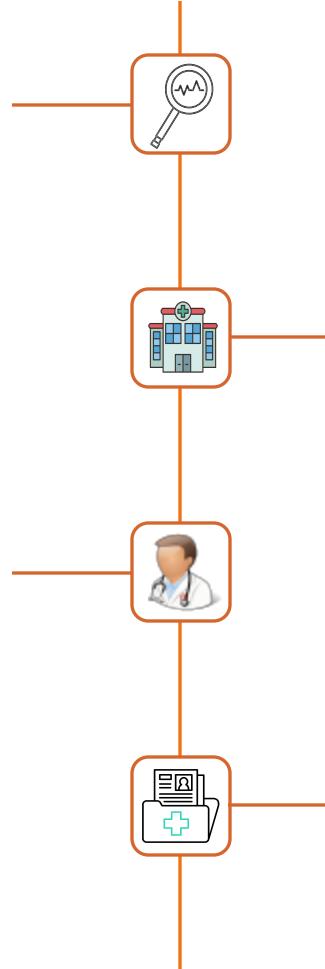
Il percorso

1) Diagnosi e caratterizzazione



Intercettazione MMG

Il Medico di Medicina Generale intercetta il sospetto diabete e procede con gli esami diagnostici iniziali (in caso di sospetto esordio di paziente con diabete di *tipo 1* invia con urgenza al centro diabetologico o PS)



1) Diagnosi e caratterizzazione

Invio Specialistico

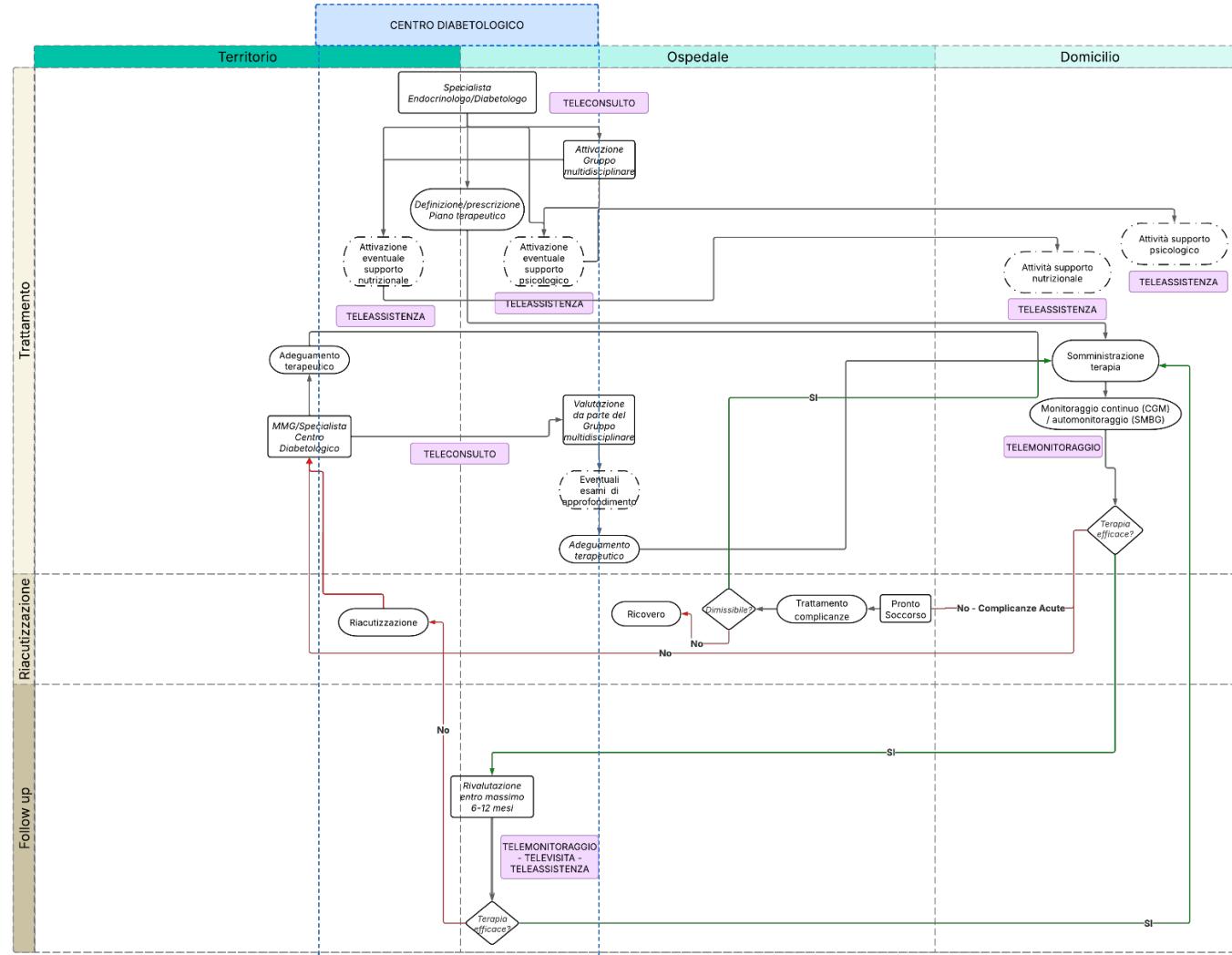
Invio del paziente a visita specialistica presso Centro Diabetologico ospedaliero o territoriale

Valutazione Specialistica

Conferma diagnostica, inquadramento clinico e definizione del piano terapeutico personalizzato

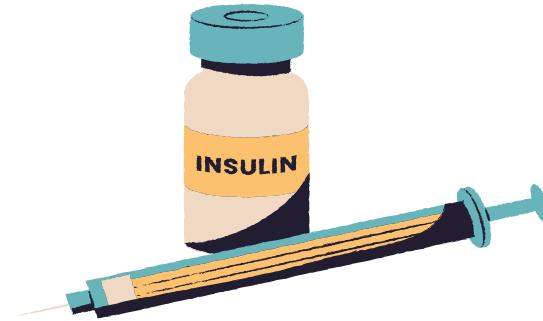
Follow-up Integrato

Monitoraggio continuativo attraverso collaborazione tra MMG, specialista e team multidisciplinare (per il paziente di *tipo 1* il MMG ha ruolo secondario)



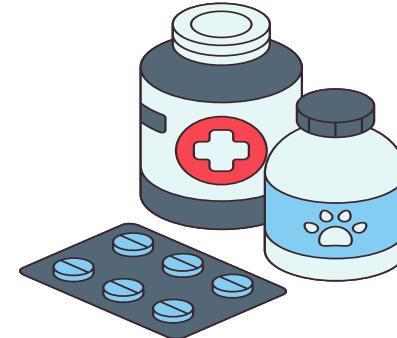
2) Trattamento – Follow up - Riacutizzazione

2.1) Trattamento



Diabete Mellito Tipo 1

1. *Supporto nutrizionale e psicologico multidisciplinare*
2. *Terapia insulinica con schema Basal-Bolus o microinfusore*
3. *Monitoraggio glucosio con SMBG o CGM continuo (eventualmente integrato)*



Diabete Mellito Tipo 2

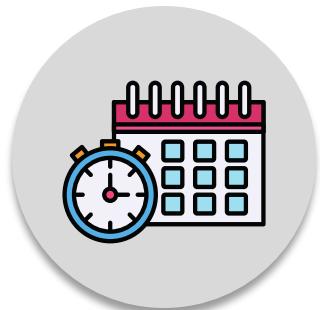
1. *Lifestyle*
2. *Metformina come farmaco di prima scelta*
3. *SGLT-2i e/o analoghi incretinici e/o altro (in base a profilo cardiovascolare)*
4. *eventuali altre terapie per ridurre rischio CV*

Il PDTA dovrebbe facilitare l'accesso alle tecnologie innovative (farmaci e device)

2.2) Follow-up



La persona con DM1 o DM2 necessita di un follow-up da parte dello Specialista del Centro diabetologico di riferimento e del gruppo multidisciplinare e multiprofessionale per la valutazione e gestione del paziente con l'obiettivo di mantenere il compenso metabolico.



*Il controllo della terapia
dovrà essere eseguito entro
6-12 mesi dell'inizio del
trattamento*



Si promuove l'utilizzo della Telemedicina

2.3) Riacutizzazione



Sintomi lievi

Rivolgersi a MMG o Centro Diabetologico (a seconda della tipologia di diabete) per adeguamento terapeutico e/o la necessità di indagini diagnostiche di approfondimento.

Una volta definito il nuovo piano terapeutico, si rimanda il paziente a follow-up.



Complicanze acute

Chiamare il 118 per la richiesta di un'ambulanza o recarsi con mezzi propri presso il PS per il trattamento della complicanza.

1. Se il paziente è dimisibile questo verrà rimandato a domicilio dove proseguirà con la somministrazione della terapia.
2. Se il paziente sia considerato non dimisibile verrà ricoverato presso l'unità di degenza ospedaliera più adeguata.

È opportuno che nel PDTA il CD preveda dei percorsi interni per l'emergenza delle complicanze

Prevenzione Primaria

1

Educazione alimentare, promozione stili di vita salutari, controllo peso corporeo e counseling comportamentale.

Prevenzione Secondaria

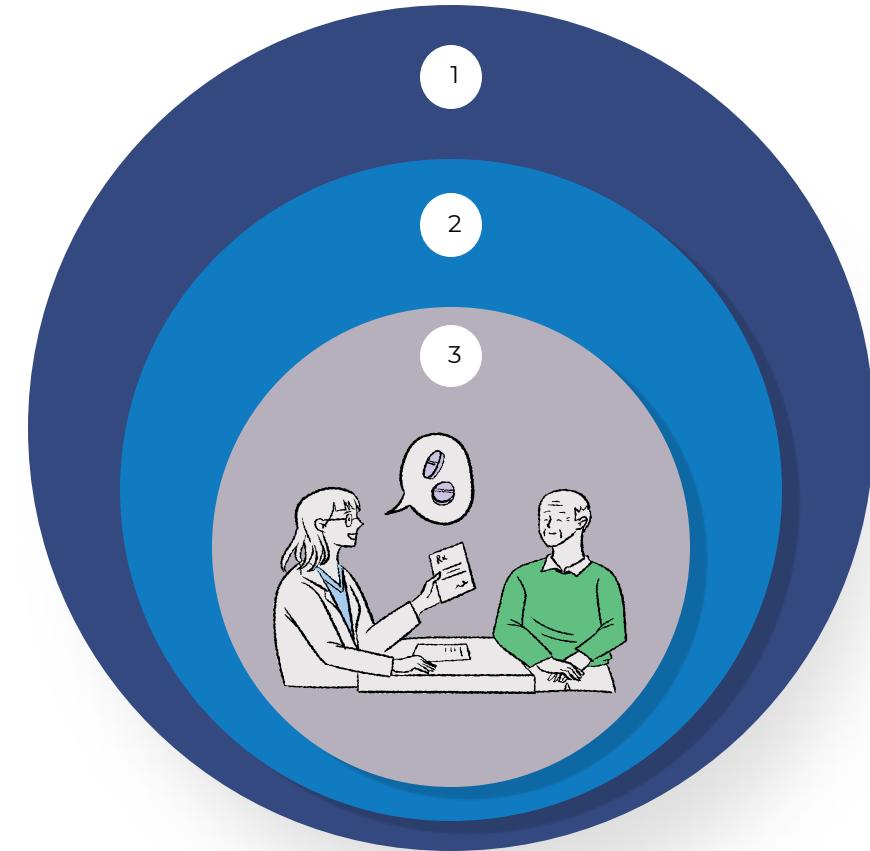
2

Screening periodico per individuare soggetti con prediabete o a rischio di diabete mellito tipo 1 o tipo 2, controllo HbA1c, monitoraggio fattori di rischio cardiovascolare e screening complicanze.

Prevenzione Terziaria

3

Controllo metabolico rigoroso, gestione fattori di rischio e screening precoce delle complicanze croniche.





Educazione pazienti, familiari/caregivers

Formazione su diagnosi, sintomi, gestione ipoglicemie, uso dispositivi CGM/SMBG e coinvolgimento delle associazioni di supporto per empowerment-engagement del paziente.



Formazione personale sanitario

Aggiornamento continuo su gestione clinica, protocolli PDTA ed evidenze scientifiche per miglioramento delle competenze professionali e relazionali per lavorare in rete.



Comunicazione efficace

Ottimizzazione capacità comunicative del personale sanitario attraverso empatia, dialogo interattivo e informazioni personalizzate per favorire aderenza terapeutica.

25-28 NOVEMBRE 2025
AREZZO FIERE E CONGRESSI

20
Years
2006-2025

Grazie per l'attenzione!