

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*



Forum Risk Management

obiettivo sanità & salute

25-28 NOVEMBRE 2025
AREZZO FIERE E CONGRESSI



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.

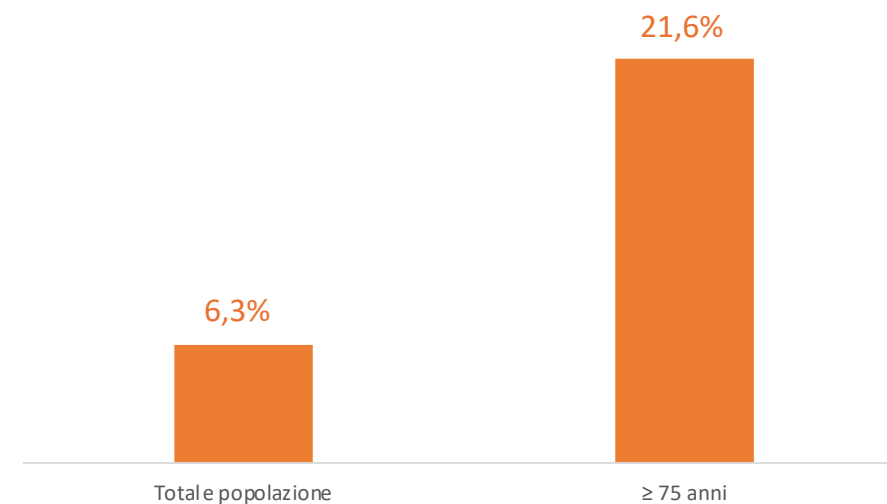
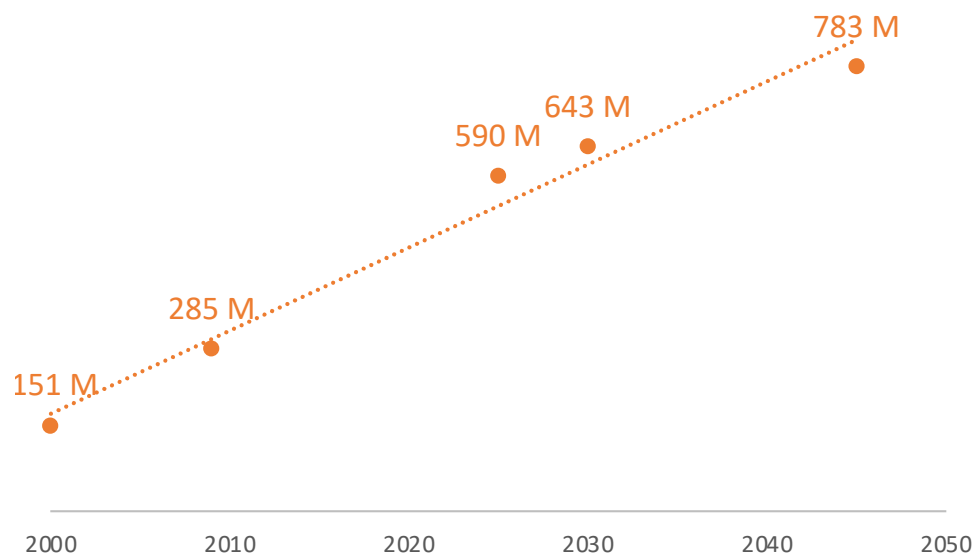
Altri tipi

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.

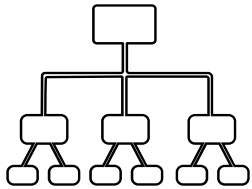
Nel 2023, in Italia, la prevalenza era pari al 6,3% della popolazione (6,9% negli uomini e 5,7% nelle donne). Essa raggiunge il 21,6% tra le persone di 75 anni o più.



(Fonte: ISTAT)

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 complicanze



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)*



Forum Risk Management

obiettivo sanità & salute

25-28 NOVEMBRE 2025
AREZZO FIERE E CONGRESSI

20 Years
2006-2025



1

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.

2

Standardizzare il percorso

Identificare in modo precoce e standardizzato il percorso diagnostico.

3

Definire l'appropriatezza delle prestazioni

Incrementare appropriatezza delle prestazioni e controllo malattia.

4

Empowerment paziente

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

Criteri di inclusione

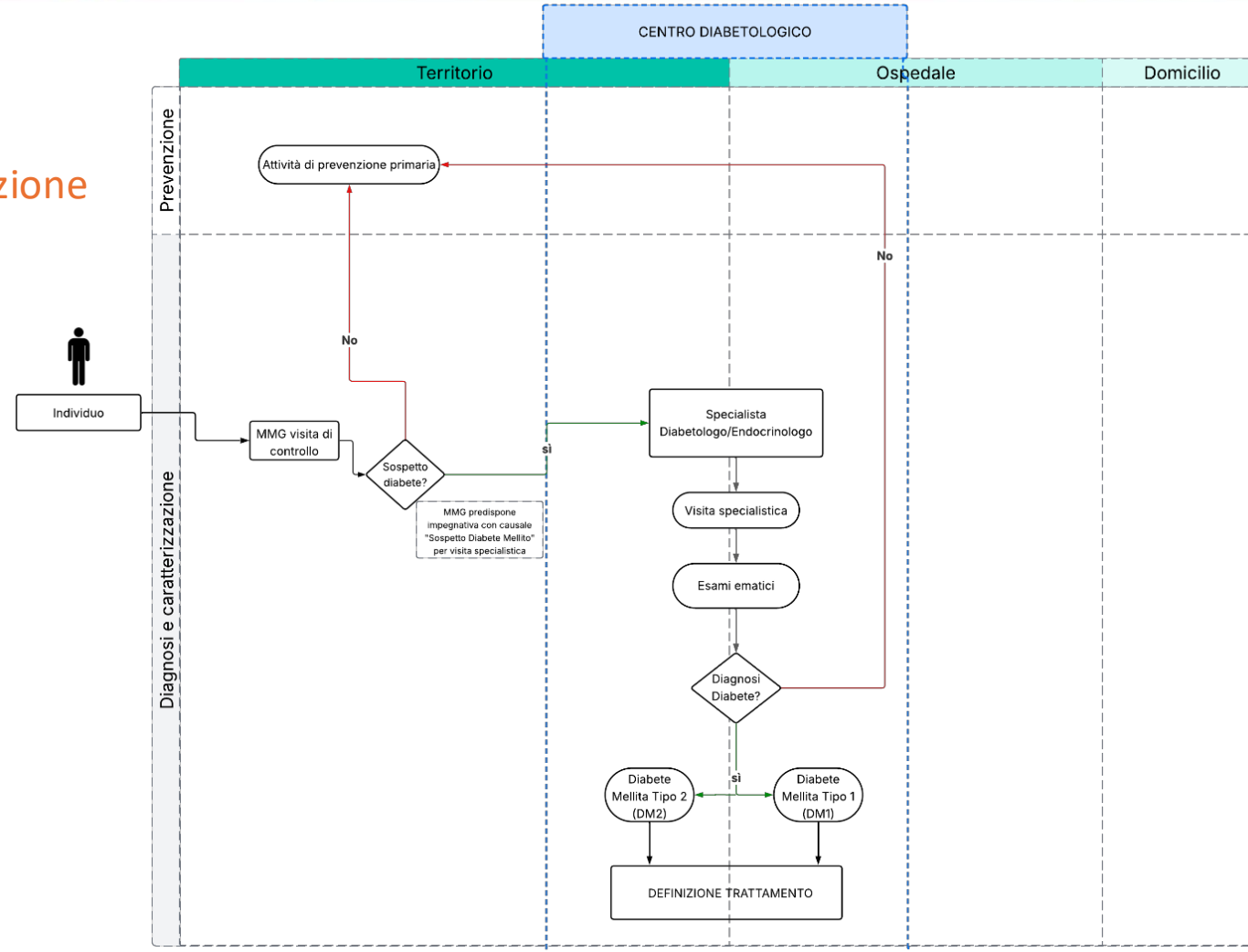
- Popolazione adulta di età superiore o uguale a 18 anni
- Diagnosi confermata di diabete mellito tipo 1 o tipo 2 secondo criteri ADA/OMS, con presenza di:
 1. $HbA_{1c} \geq 6,5\%$ (48 mmol/mol) o;
 2. Glicemia a digiuno (Fasting Plasma Glucose) ≥ 126 mg/dL (≥ 7.0 mmol/L) o;
 3. Glicemia post-prandiale 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

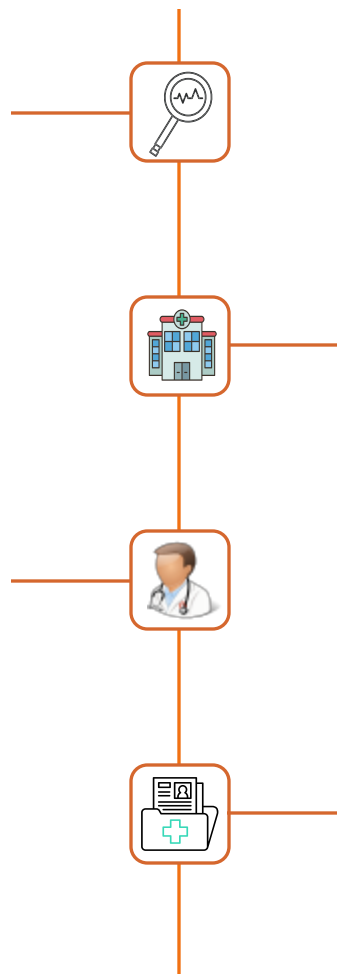


Intercettazione MMG

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)

Valutazione Specialistica

Conferma diagnostica, inquadramento clinico e definizione del piano terapeutico personalizzato



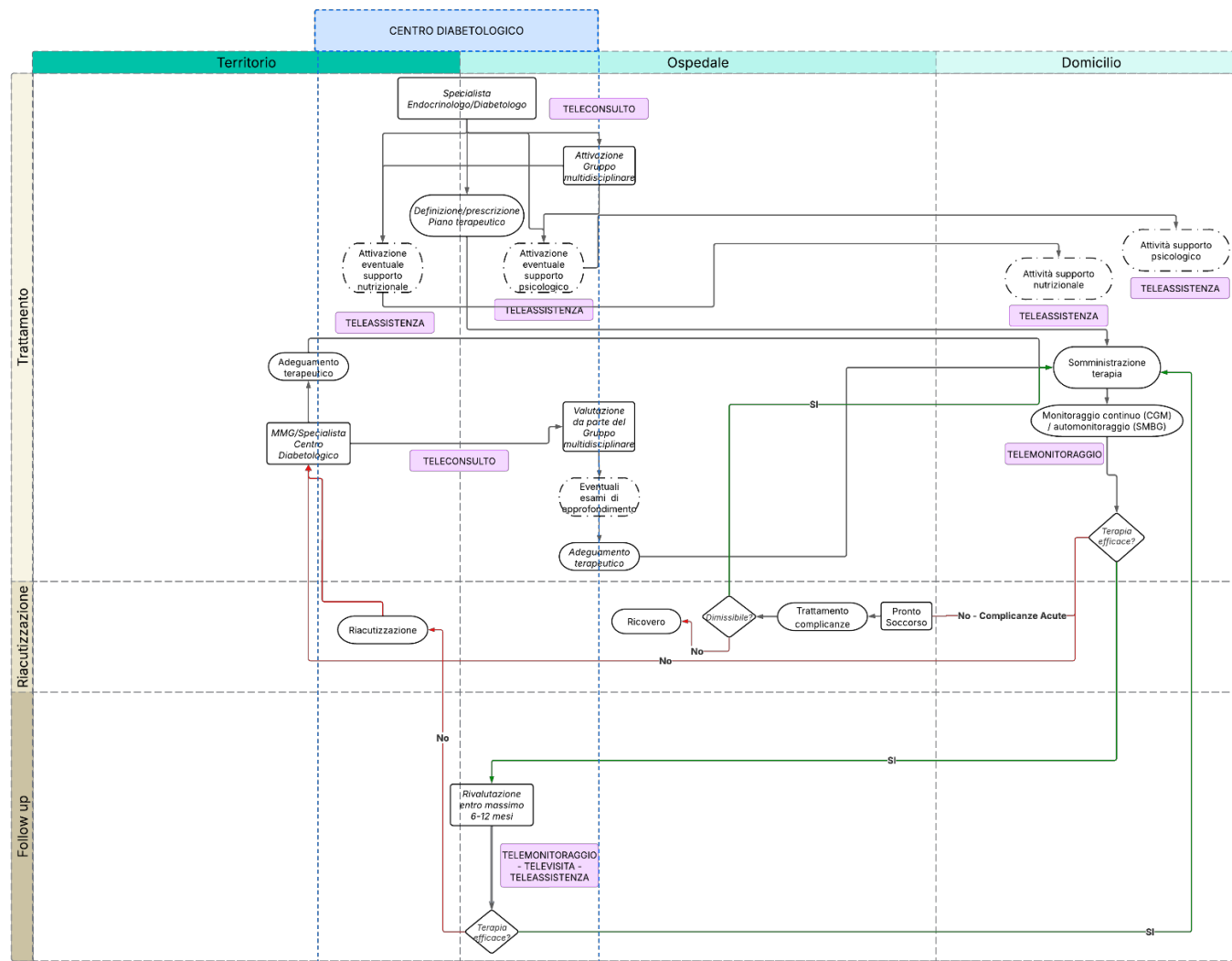
1) Diagnosi e caratterizzazione

Invio Specialistico

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

Follow-up Integrato

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



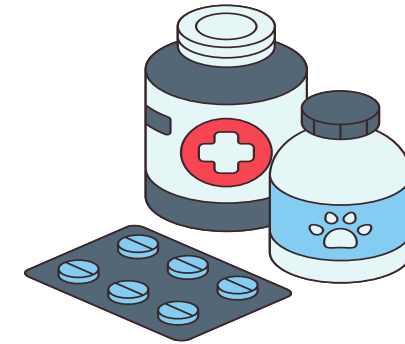
2) Trattamento – Follow up - Riadattazione

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 dimissibile questo verrà rimandato a domicilio dove proseguirà con la somministrazione della terapia.
2. Se il paziente sia considerato non dimissibile 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

1

Prevenzione Primaria

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

2

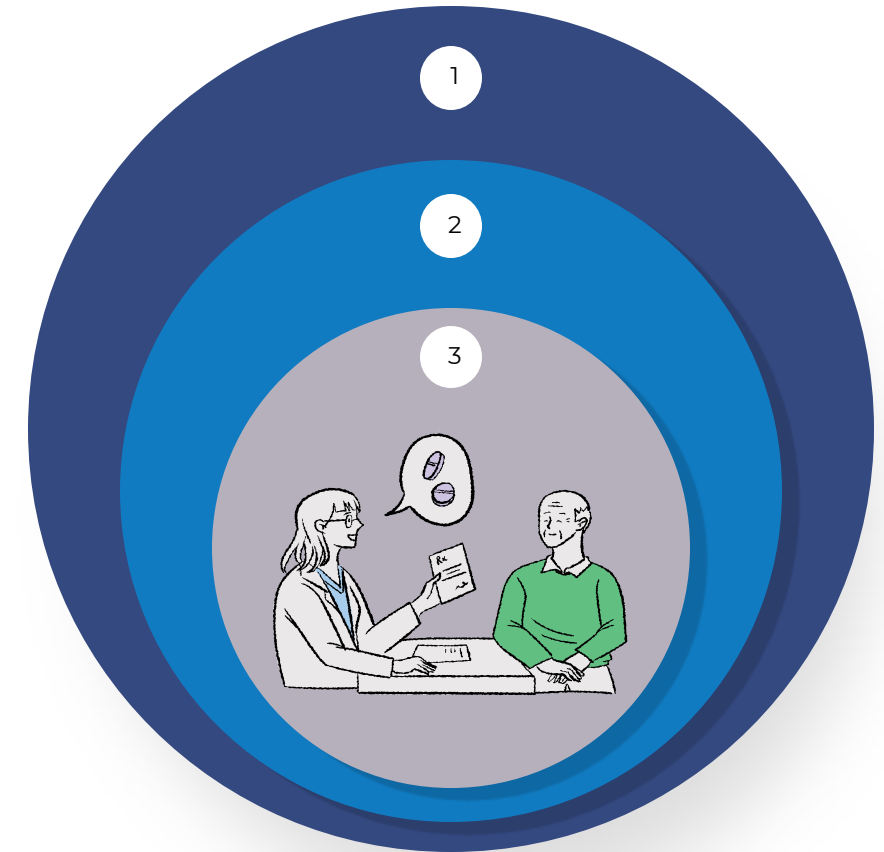
Prevenzione Secondaria

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.

3

Prevenzione Terziaria

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.

Grazie per l'attenzione!