



Standard italiani per la cura del diabete mellito 2016

Sintesi dei criteri per diagnosi e gestione del diabete mellito tipo 2 per la gestione integrata

INDICE:

CRITERI DIAGNOSTICI	Pag 3
SCREENING del DIABETE MELLITO	Pag 4
PRIMA VALUTAZIONE (alla diagnosi)	Pag 5
CONTROLLO GLICEMICO	Pag 7
TARGET GLICEMICI	Pag 8
TARGET PROFILO LIPIDICO	pag 9
TARGET DELLA PRESSIONE ARTERIOSA	pag 10
SCREENING DEL DANNO RENALE	pag 11
SCREENING DELLA NEUROPATIA Diabetic Neuropathy Index (DNI)	pag 11
TERAPIA NON FARMACOLOGICA	Pag 12
TERAPIA FARMACOLOGICA DEL DIABETE MELLITO TIPO 2	pag 13

Tabella. Livelli di prova e forza delle raccomandazioni

Livelli di prova / Prove di tipo	Livello delle raccomandazioni / Forza
I Prove ottenute da più studi clinici controllati randomizzati e/o da revisioni sistematiche di studi randomizzati	A L'esecuzione di quella particolare procedura o test diagnostico è fortemente raccomandata. Indica una particolare raccomandazione sostenuta da prove scientifiche di buona qualità, anche se non necessariamente di tipo I o II
II Prove ottenute da un solo studio randomizzato di disegno adeguato	B Si nutrono dei dubbi sul fatto che quella particolare procedura o intervento debba sempre essere raccomandata, ma si ritiene che la sua esecuzione debba essere attentamente considerata
III Prove ottenute da studi di coorte non randomizzati con controlli concorrenti o storici o loro metanalisi	C Esiste una sostanziale incertezza a favore o contro la raccomandazione di eseguire la procedura o l'intervento
IV Prove ottenute da studi retrospettivi tipo caso-controllo o loro metanalisi	D L'esecuzione della procedura non è raccomandata
V Prove ottenute da studi di casistica ("serie di casi") senza gruppo di controllo	E Si sconsiglia fortemente l'esecuzione della procedura
VI Prove basate sull'opinione di esperti autorevoli o di comitati di esperti come indicato in linee-guida o <i>consensus</i> conference, o basate su opinioni dei membri del gruppo di lavoro responsabile di queste linee-guida	

CRITERI DIAGNOSTICI

		FORZA RACCOMANDAZIONE		FORZA RACCOMANDAZIONE
CRITERI DIAGNOSTICI	<ul style="list-style-type: none"> • PRESENZA DI SINTOMI glicemia > o = 200 mg/dl indipendentemente dai pasti • ASSENZA DI SINTOMI glicemia a digiuno > o = 126 mg/dl in due occasioni (astensione dal cibo di almeno 8 ore) • ASSENZA DI SINTOMI glicemia > o = 200 mg/dl dopo 2 ore dal carico orale di glucosio 75 g • ASSENZA DI SINTOMI HbA1c > o = 48 mmol/mol (6,5%) Per diagnosi e screening DOSAGGIO SU PLASMA VENOSO	Livello III raccomandazione A	NON RACCOMANDATO <ul style="list-style-type: none"> • Non è utile STCH GLICEMICO per la diagnosi e lo Screening • Glicemia post-prandiale o profilo glicemico • INSULINEMIA basale o durante OGTT • C-Peptide • Autoanticorpi 	Livello III raccomandazione E
Condizioni a rischio per il diabete e le malattie cardiovascolari	<ul style="list-style-type: none"> • IFG glicemia a digiuno 100-125 mg/dl (per OMS 110-125) • IGT glicemia 140-199 dopo 2 ore da OGTT • HbA1c 42-48 mmol/mol (6-6,49%) (non ratificato da OMS) 	Livello III raccomandazione B	RACCOMANDATO <ul style="list-style-type: none"> • Ricercare fattori di rischio per diabete (obesità, familiarità) • Ricercare altri fattori di rischio cardiovascolari (dislipidemia, ipertensione, fumo) OBIETTIVO: <ul style="list-style-type: none"> • Prevenzione primaria del diabete • Stili di vita per controllo del rischio CV 	Livello VI raccomandazione B
Condizioni in cui fare accertamenti per l'elevato rischio di diabete			<ul style="list-style-type: none"> • IFG : in presenza di altri fattori di rischio per diabete fare OGTT 	Livello VI raccomandazione C
Sindrome Metabolica			<ul style="list-style-type: none"> • Ricercare criteri per diagnosi di diabete mellito 	Livello III raccomandazione B

SCREENING DEL DIABETE MELLITO

<p style="text-align: center;">SCREENING ADULTI</p>	<p>BMI ≥ 25 kg/m² (≥ 23 kg/m² negli asiatici americani) e una o più tra le seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • inattività fisica; • familiarità di primo grado per diabete tipo 2 (genitori, fratelli); • appartenenza a gruppo etnico ad alto rischio; • ipertensione arteriosa ($\geq 140/90$ mmHg) o terapia antipertensiva in atto; • bassi livelli di colesterolo HDL (< 35 mg/dl) e/o elevati valori di trigliceridi (> 250 mg/dl); • nella donna: parto di un neonato di peso > 4 kg o pregresso diabete gestazionale; • sindrome dell'ovaio policistico o altre condizioni di insulino-resistenza come l'<i>acanthosis nigricans</i>; • evidenza clinica di malattie cardiovascolari; • HbA_{1c} ≥ 39 mmol/mol (5,7%), IGT o IFG in un precedente test di screening; • soggetti sottoposti a radioterapia addominale (es. linfonodi paraaortici, TBI - <i>total body irradiation</i>) per tumore trattato in età evolutiva. <p style="background-color: #e0e0e0; padding: 5px;">In assenza del criterio precedente lo screening dovrebbe iniziare all'età di 45 anni.</p>	<p style="text-align: center;">Livello VI raccomandazione B</p>	<ul style="list-style-type: none"> • In caso di screening negativo va ripetuto DOPO 3 ANNI
<p style="text-align: center;">SCREENING BAMBINI</p>	<p>Ragazzi/e di età > 10 anni o all'inizio della pubertà se questa si verifica a un'età più giovane con sovrappeso (BMI $> 85^{\circ}$ percentile per età e sesso, peso per altezza $> 85^{\circ}$ percentile, o peso $> 120\%$ del peso ideale per l'altezza) e due dei seguenti fattori di rischio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • familiarità di primo o secondo grado per diabete tipo 2; • appartenenza a gruppo etnico ad alto rischio; • segni di insulino-resistenza o condizioni associate a insulino-resistenza (<i>acanthosis nigricans</i>, ipertensione, dislipidemia, sindrome dell'ovaio policistico, peso alla nascita basso per l'età gestazionale); • storia materna di diabete o diabete gestazionale durante la gestazione. 	<p style="text-align: center;">Livello VI raccomandazione B</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Screening da ripetere DOPO 3 ANNI

PRIMA VALUTAZIONE

		FORZA RACCOMANDAZIONE
ANAMNESI FAMILIARE	FAMILIARITA' POSITIVA PER	Livello III raccomandazione B
	<ul style="list-style-type: none"> • diabete mellito • obesità • ipertensione arteriosa • altre malattie endocrine • dislipidemia • malattie cardiovascolari 	
ANAMNESI FISIOLÓGICA	<ul style="list-style-type: none"> • attività fisica praticata • stile di vita e fattori culturali, psicosociali, educativi ed economici che possono influenzare la gestione del diabete • utilizzo di tabacco, alcool e sostanze stupefacenti • valutazione delle abitudini alimentari e dello stato nutrizionale, anamnesi ponderale, crescita e sviluppo nei bambini e adolescenti • contraccezione, anamnesi sessuale e della riproduzione 	
ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA	<ul style="list-style-type: none"> • storia e terapia di altre patologie incluse quelle endocrine e i disturbi del comportamento alimentare • fattori di rischio cardiovascolare: fumo, ipertensione, dislipidemia, obesità • valori precedenti di glicemia e/o HbA1c • frequenza gravità e cause di complicanze acute come cheto acidosi e ipoglicemia • valutazione in dettaglio di precedenti programmi terapeutici, dieta prescritta, del grado di educazione all'autogestione del diabete e dell'approccio alla malattia 	
ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA	<ul style="list-style-type: none"> • sintomi in relazione alla diagnosi di diabete • sintomi riferibili a patologie che possono causare diabete secondario (es emocromatosi, malattie pancreatiche) • trattamento attuale del diabete: farmaci, piano alimentare, autocontrollo • infezioni precedenti o attuali a carico di cute, piedi, denti, apparato genitourinario • utilizzo di farmaci che possono interferire con i livelli glicemici • valutazione dei disturbi dell'umore • sintomi o trattamenti delle complicanze del diabete a carico di: occhi, reni, nervi periferici, apparato genito-urinario (incluse patologie sessuali), vescica, apparato gastro-intestinale, cuore, piedi 	

<p>ESAME OBIETTIVO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • altezza e peso (in relazione ai parametri normali per età nei bambini e adolescenti) • Circonferenza addominale • Maturazione sessuale (se in peripubertà) • Pressione arteriosa in clino e ortostatismo (confrontati con i parametri normali per età nei bambini e adolescenti) • Esame oftalmoscopico del Fundus • Esame del cavo orale • Palpazione della tiroide • Semeiotica cardiaca e polmonare • Palpazione addominale per evidenziare epatomegalia • Valutazione dei polsi con palpazione e auscultazione per eventuali soffi • Esame dei piedi • Esame della cute in particolare nei siti di iniezione insulinica • Esame neurologico con valutazione dei riflessi osteo-tendinei e delle soglie sensitive della percezione pressoria, vibratile, termine e dolorifica 	<p>Livello III raccomandazione B</p>
<p>ESAMI DI LABORATORIO</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Glicemia a digiuno e HbA1c · Profilo lipidico a digiuno, comprendente colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi e colesterolo LDL · Test di funzionalità epatica ed eventuali approfondimenti nel sospetto di steatosi o epatite · Microalbuminuria in tutti i diabetici tipo 2 e nei diabetici tipo 1 con durata di malattia >5 anni · Creatininemia (nel bambino solo in presenza di proteinuria) e stima della filtrazione glomerulare · Nei diabetici tipo 1 alla diagnosi: screening di tiroidite autoimmune e malattia celiaca: TSH, FT4, anticorpi antitiroide, EMA o antitransglutaminasi*, IgA · Autoanticorpi anti-insulina, e/o anti-GAD e/o anti-IA2 se necessario per la corretta classificazione del tipo di diabete · Esame delle urine per valutare chetonuria, proteinuria e sedimento 	

CONTROLLO GLICEMICO

		FORZA RACCOMANDAZIONE
DOSAGGIO DELLA HbA1c	<ul style="list-style-type: none"> La valutazione del controllo glicemico ottenuto in un soggetto diabetico deve includere il periodico esame dell'HbA1c 	Livello I raccomandazione A
Tempistica del monitoraggio	<ul style="list-style-type: none"> La valutazione dell'HbA1c deve essere effettuato non meno di 2 volte all'anno in ogni paziente diabetico Nei pazienti in cui è stata modificata la terapia ipoglicemizzante oppure l'obiettivo terapeutico non è ancora stato raggiunto o non è stabile nel tempo, l'esame dell'HbA1c deve essere effettuato ogni 3 mesi. 	Livello I raccomandazione B
AUTOCONTROLLO DOMICILIARE DELLA GLICEMIA	<ul style="list-style-type: none"> L'autocontrollo glicemico domiciliare è assolutamente indispensabile per i pazienti con diabete tipo 1 e con diabete tipo 2 insulino-trattati. In questi soggetti l'autocontrollo glicemico va considerato parte integrante della terapia L'autocontrollo glicemico domiciliare, con diversa frequenza di misurazione, in genere da fare a scacchiera (giornaliera, settimanale o mensile), è estremamente utile anche nei pazienti con diabete tipo 2 in terapia non insulinica ma solo in presenza di una azione educativa strutturata e di una attenta condivisione del diario glicemico da parte del team diabetologico. 	Livello II raccomandazione A (tipo 1) Raccomandazione B (tipo 2)
Tempistica del monitoraggio	<p>L'uso e la periodicità dell'autocontrollo glicemico devono essere stabiliti sulla base della terapia del diabete.</p> <ul style="list-style-type: none"> In caso di terapia solo dietetica o con farmaci che non causano ipoglicemia sono sufficienti alcune decine di misurazioni per anno; in caso di terapia con farmaci non insulinici che possono determinare ipoglicemia le misurazioni dovrebbero essere alcune centinaia all'anno; in caso di terapia insulinica le misurazioni dovrebbero essere molto più numerose e commisurate al numero di iniezioni giornaliere (da un minimo di 400-500 a un massimo di 2000-2500 per anno). 	Livello II raccomandazione B
	La frequenza dell'autocontrollo deve essere adattata agli eventi intercorrenti e intensificata in presenza di situazioni cliniche quali patologie intercorrenti ipoglicemie inavvertite, ipoglicemie notturne, variazioni della terapia ipoglicemizzante.	Livello VI raccomandazione B
GLICEMIA POST-PRANDIALE	<ul style="list-style-type: none"> Per raggiungere gli obiettivi glicemici postprandiali e quindi ottenere un buon controllo glicemico globale è utile anche la misurazione della glicemia postprandiale (tra 1 e 2 ore dall'inizio del pasto) 	Livello VI raccomandazione B

TARGET DA RAGGIUNGERE PER IL COMPENSO GLICEMICO

		FORZA RACCOMANDAZIONE
HbA1c	<ul style="list-style-type: none"> • < 53 mmol/mol (7%) negli adulti con diabete mellito tipo 1 e tipo 2 per la prevenzione delle complicanze micro vascolari • < o = 53 mmol/mol (7%) negli adulti con diabete di tipo 1 e tipo 2 è consigliabile per la riduzione della incidenza e della progressione delle complicanze macrovascolari 	Livello I raccomandazione B Livello III raccomandazione B
Livelli più bassi (obiettivi glicemici più stringenti)	<ul style="list-style-type: none"> • < o = 48 mmol/mol (6,5%) pazienti di nuova diagnosi o con durata di diabete < 10 anni, senza precedenti di malattie cardiovascolari, abitualmente in discreto compenso glicemico e senza comorbilità che li rendano particolarmente fragili 	Livello III raccomandazione C
Livelli più alti (obiettivi di compenso glicemico meno stringenti)	<ul style="list-style-type: none"> • < o = 64 mmol/mol (8%) in pazienti con diabete di lunga durata (>10 anni) soprattutto con precedenti di malattie cardiovascolari o una lunga storia di inadeguato compenso glicemico o fragili per età e/o comorbilità. Questo è particolarmente appropriato se la terapia consta di farmaci che causano ipoglicemia. 	Livello IV raccomandazione B
GLICEMIA A DIGIUNO (almeno 8 ore di astensione dal cibo) o PREPRANDIALE	70 – 130 mg/dl	Livello I raccomandazione B
GLICEMIA POSTPRANDIALE (tra 1 e 2 ore dall'inizio del pasto)	160 mg/dl	Livello I raccomandazione B

VALUTAZIONE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE GLOBALE

		FORZA RACCOMANDAZIONE
rischio elevato/molto elevato	Diabete + evidenza clinico e strumentale di complicanze cardiovascolari	Livello I raccomandazione A
Rischio elevato	Diabete senza evidenza clinica e strumentale di complicanze cardiovascolari in base a: <ul style="list-style-type: none"> • Età > 40 anni • Durata del diabete • Presenza di uno o più fattori di rischio cardiovascolari 	Livello III raccomandazione B
Rischio moderato	Diabete senza evidenza clinico e strumentale di complicanze cardiovascolari e senza fattori di rischio cardiovascolari	Livello III raccomandazione B

PROFILO LIPIDICO TARGET DA RAGGIUNGERE

		FORZA RACCOMANDAZIONE
	Il controllo del profilo lipidico completo (colesterolo totale, colesterolo HDL e trigliceridi) deve essere effettuato almeno annualmente e a intervalli di tempo più ravvicinati in caso di mancato raggiungimento dell'obiettivo terapeutico	Livello III raccomandazione B
	Il dosaggio delle apoproteine A1 e B , con l'eventuale calcolo del rapporto apoB/ApoA1 può essere considerato nella stratificazione del rischio cardiovascolare del soggetto diabetico ma allo stato attuale non è raccomandato	Livello III raccomandazione B
Colesterolo LDL target da mantenere	<ul style="list-style-type: none"> • < 100 mg/dl 	Livello I raccomandazione A
	<ul style="list-style-type: none"> • < 70 mg/dl nei diabetici con malattia cardiovascolare e/o multipli fattori di rischio cardiovascolare non correggibili 	Livello I raccomandazione A
trigliceridi	<ul style="list-style-type: none"> • < 150 mg/dl 	Livello III raccomandazione B
Colesterolo HDL	<ul style="list-style-type: none"> • >40 mg/dl nell'uomo e • >50 mg/dl nella donna. 	Livello III raccomandazione B

Nei diabetici con dislipidemia sono fondamentali le modificazioni dello stile di vita (dieta povera di grassi saturi e colesterolo, ricca di fibre, incremento dell'attività fisica) e la correzione di tutti i fattori di rischio cardiovascolare (ottimizzazione del compenso glicemico e della pressione arteriosa, sospensione del fumo)	Livello I raccomandazione A
La terapia con statine e la terapia di prima scelta per i pazienti iperglicemici con livelli di colesterolo LDL non a target con il solo intervento non farmacologico	Livello I raccomandazione A
Se la terapia con statine a dosaggio pieno non è in grado di raggiungere valori ottimali di colesterolo LDL si può considerare l'associazione con ezetimibe	Livello I raccomandazione A
Nella dislipidemia mista, si può considerare di associare alla statina i fibrati (evitare gemfibrozil, preferire fenofibrato).	Livello II raccomandazione B

TARGET DELLA PRESSIONE ARTERIOSA

		FORZA RACCOMANDAZIONE
	Lo screening e la diagnosi di ipertensione arteriosa devono essere fatti mediante misurazione ambulatoriale; la diagnosi deve essere confermata in almeno due occasioni diverse	Livello II raccomandazione A
	L'autocontrollo domiciliare della pressione deve essere raccomandato per la sua utilità nella definizione dell'efficacia della terapia e per il monitoraggio a lungo termine. La persona va istruita al corretto uso dell'apparecchio e alla frequenza delle misurazioni	Livello VI raccomandazione B
PA target da raggiungere	< 140 mm di Hg di sistolica < 90 mm di Hg di diastolica	Livello I raccomandazione A
	< 130 mm di Hg di sistolica < 80 mm di Hg di diastolica in alcune categorie di pazienti (recente diagnosi di ipertensione, giovani, elevato rischio di ictus, pazienti con albuminuria, pazienti con ipertensione e uno o più fattori di rischio cardiovascolare aggiuntivi)	Livello IV raccomandazione C
	< 130/80 mmHg e raccomandato nei soggetti diabetici con micro- e macroalbuminuria.	Livello III raccomandazione B
	Nei diabetici anziani che necessitano di terapia farmacologica antiipertensiva, l'obiettivo del trattamento deve prevedere il raggiungimento di valori pressori <150/90 mmHg, se ben tollerati.	Livello I raccomandazione A

Prima dell'inizio del trattamento, la pressione arteriosa deve essere rivalutata entro un mese, al fine di confermare la presenza di ipertensione.

Una pressione sistolica >140 mmHg o una pressione diastolica >90 mmHg richiede, in ogni caso, l'inizio del trattamento farmacologico, con l'obiettivo di ottenere una pressione arteriosa inferiore a 140/90 mmHg

SCREENING DEL DANNO RENALE

		FORZA RACCOMANDAZIONE
	Tutti gli individui con nefropatia diabetica devono essere considerati a elevato rischio di eventi cardiovascolari e dovrebbero essere trattati per ridurre tale rischio, attraverso un intervento mirato a correggere tutti i fattori di rischio	Livello 1 raccomandazione A
microalbuminuria	Eseguire annualmente un test per valutare l'escrezione renale di albumina ed escludere la presenza di microalbuminuria: <ul style="list-style-type: none"> • nei diabetici tipo 1 con durata del diabete >5 anni, • in tutti i diabetici tipo 2 iniziando alla diagnosi di diabete e • nelle donne diabetiche in gravidanza. 	Livello VI raccomandazione B
creatinina	La creatinina sierica dovrebbe essere misurata annualmente in tutti gli adulti con diabete indipendentemente dal grado d'escrezione urinaria di albumina	Livello VI raccomandazione B
VFG	La valutazione della velocità di filtrazione glomerulare va eseguita almeno una volta l'anno nei pazienti normoalbuminurici; piu spesso nei pazienti microalbuminurici o portatori di nefropatia conclamata.	Livello VI raccomandazione

SCREENING DELLA NEUROPATIA DIABETICA Test positivo: >2 punti.

	Punteggio (per ogni lato)
Ispezione del piede: <ul style="list-style-type: none"> • deformità • cute secca • callosità • infezione • ulcera 	Normale = 0 Alterato = 1 (se ulcera: + 1)
Riflessi achillei	Presente = 0 Con rinforzo = 0,5 Assente = 1
Sensibilità vibratoria dell'alluce	Presente = 0 Ridotta = 0,5 Assente = 1

GESTIONE TERAPEUTICA DEL DIABETE

		FORZA RACCOMANDAZIONE
EDUCAZIONE TERAPEUTICA	Le persone affette da diabete devono ricevere un'educazione all'autogestione del diabete al momento della diagnosi, mantenuta in seguito per ottenere il maggior beneficio	Livello I raccomandazione A
ATTIVITA' FISICA	Al fine di migliorare il controllo glicemico, favorire il mantenimento di un peso corporeo ottimale, ridurre il rischio di malattia cardiovascolare, contrastare l'epatosteatosi, migliorare la qualità di vita percepita e ottimizzare il rapporto costo/beneficio della terapia, sono consigliati almeno 150 minuti/settimana di attività fisica aerobica di intensità moderata (50-70% della frequenza cardiaca massima) e/o almeno 90 minuti/settimana di esercizio fisico intenso (>70% della frequenza cardiaca massima). L'attività fisica deve essere distribuita in almeno 3 giorni/settimana e non ci devono essere più di 2 giorni consecutivi senza attività.	Livello I raccomandazione A
BILANCIO ENERGETICO E PESO CORPOREO	Un calo ponderale è raccomandato per tutti i soggetti adulti in sovrappeso (BMI 25,0-29,9 kg/m ²) od obesi (BMI ≥30 kg/m ²).	Livello I raccomandazione A
	L'approccio principale per ottenere e mantenere il calo ponderale e la modificazione dello stile di vita, che include una riduzione dell'apporto calorico e un aumento dell'attività fisica. Una moderata riduzione dell'apporto calorico (300-500 kcal/die) e un modesto incremento del dispendio energetico (200-300 kcal/die) permettono un lento ma progressivo calo ponderale.	Livello I raccomandazione A
DIETA	Carboidrati: 45-60% kcal tot. Praticamente : vegetali, legumi, frutta, cereali preferibilmente integrali, alimenti della dieta mediterranea	Livello III raccomandazione B
	Fibre: >40 g/die (o 20 g/1000 kcal die) soprattutto solubili. Praticamente 5 porzioni a settimana di vegetali o frutta e 4 porzioni a settimana di legumi	Livello I raccomandazione A
	Grassi: 35% kcal tot. Consigli pratici: Tra i grassi da condimento preferire quelli vegetali (tranne olio di palma e di cocco)	Livello III raccomandazione B
	Sale: <6 g/die. Praticamente Limitare il consumo di sale e di alimenti conservati sotto sale (insaccati, formaggi, scatolame)	Livello I raccomandazione A
	L'introduzione di almeno 2 porzioni alla settimana di pesce, preferibilmente azzurro, deve essere raccomandata, poiché fornisce acidi grassi n-3 polinsaturi	Livello II raccomandazione B
	I dolcificanti acalorici non nutritivi, sono sicuri quando consumati in quantità giornaliere moderate	Livello I raccomandazione A
	Non esistono evidenze per raccomandare l'uso di alimenti "dietetici" per diabetici	Livello VI raccomandazione B

TERAPIA DEL DIABETE MELLITO DI TIPO 2

		FORZA RACCOMANDAZIONE
TERAPIA FARMACOLOGICA	Il farmaco di prima scelta per il trattamento dei diabetici tipo 2 e la metformina	Livello I raccomandazione A
	Quando la monoterapia non e sufficiente per raggiungere il target glicemico e di HbA1c individuale e necessario aggiungere un secondo farmaco e se anche una duplice terapia non e sufficiente e indispensabile prescrivere una terapia piu complessa; in entrambe le condizioni e possibile raggiungere il livello di controllo desiderabile in molti soggetti	Livello I raccomandazione A

<p>1. Iniziare una terapia farmacologica orale quando gli interventi sullo stile di vita non sono piu in grado di mantenere il controllo della glicemia ai valori desiderati (in genere HbA1c 53 mmol/mol o <7%). Mantenere e rinforzare sempre l'orientamento del paziente verso un corretto 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 HbA1c 53 mmol/mol o <7%.</p>
<p>2. Iniziare con la metformina (prima scelta) partendo con basse dosi da incrementare nel tempo al fine di evitare intolleranza gastrointestinale. Ove tollerata e non controindicata, raggiungere sempre la dose di almeno 2 g/die, indipendentemente dagli obiettivi glicemici raggiunti. Controllare periodicamente la funzione renale (eGFR con CKD-EPI). Utilizzare particolare cautela per filtrato glomerulare <60 ml/min/1,73m² e sospendere per filtrato glomerulare <30 ml/min/1,73m² o in pazienti a rischio di insufficienza renale acuta; in caso di controindicazioni o di intolleranza, passare direttamente al paragrafo successivo</p>
<p>3. Aggiungere (o, in caso di intolleranza/controindicazione alla metformina, sostituire con) un secondo farmaco (acarbiosio/sulfonilurea/repaglinide/glitazone/gliptina/agonista recettore GLP1/gliflozina/insulina) quando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la metformina da sola non riesce a mantenere il buon controllo della glicemia; • non e tollerata o e controindicata; • si ritiene che il valore di emoglobina glicata prima di iniziare il farmaco sia troppo elevato per raggiungere, con la sola metformina, il target terapeutico. <p>Scegliere fra le diverse opzioni terapeutiche sulla base del profilo di rischio e beneficio, anche in funzione delle eventuali comorbilita, riportate in figura. Se la terapia puo indurre ipoglicemia, prescrivere l'uso di presidi per l'automonitoraggio. Quando la compliance puo essere un problema, prediligere farmaci in monosomministrazione.</p>
<p>4. Usare la triplice terapia quando le associazioni precedentemente prescritte non sono in grado di mantenere il controllo dell'emoglobina glicata prescelta; non esistono studi di confronto che mostrino la superiorita di uno schema rispetto a un altro.</p>
<p>5. In ogni passaggio valutare la possibilita di un inizio precoce della terapia insulinica</p>

TERAPIA DELL'IPERTENSIONE

		FORZA RACCOMANDAZIONE
	L'obiettivo primario e raggiungere il target terapeutico, a prescindere dal farmaco antipertensivo utilizzato.	Livello I raccomandazione A
TERAPIA FARMACOLOGICA	In assenza di comorbilità, i farmaci di prima scelta sono: ACE-inibitori , ARB (antagonisti del recettore dell'angiotensina II), beta-bloccanti, calcioantagonisti e diuretici (ordine alfabetico) per la loro provata efficacia nel ridurre gli eventi vascolari nel paziente diabetico	Livello I raccomandazione A
	Una terapia d'associazione (due o più agenti a dosi massimali) si rende spesso necessaria per raggiungere gli obiettivi terapeutici.	Livello III raccomandazione B
	Se il filtrato glomerulare stimato è <30 ml/min/1,73 m ² il diuretico tiazidico va sostituito con un diuretico dell'ansa	Livello III raccomandazione B
	Se si utilizzano ACE-inibitori, ARB o diuretici è necessario monitorare periodicamente la funzione renale (mediante stima del GFR) e i livelli sierici di potassio	Livello VI raccomandazione B
	Nei pazienti con nefropatia diabetica (micro-/macroalbuminuria o riduzione del GFR stimato) il farmaco di prima scelta deve essere un farmaco attivo sul sistema renina-angiotensina	Livello I raccomandazione A