

### CONSIGLIO DIRETTIVO

**Presidente**

Raffaella BUZZETTI (Roma)

**Presidente Eletto**

Riccardo C. BONADONNA (Verona)

**Tesoriere**

Marta L. HRIBAL (Catanzaro)

**Segretario**

Ernesto MADDALONI (Roma)

**Consiglieri**

Sergio DI MOLFETTA (Bari)

Alessandro R. DODESINI (Bergamo)

Cian Paolo FADINI (Padova)

Paolo FIORINA (Milano)

Gloria FORMOSO (Chieti-Pescara)

Mariangela GHIANI (Cagliari)

Maria Ida MAIORINO (Napoli)

Nicola NAPOLI (Roma)

Andrea NATALI (Pisa)

Francesca PORCELLATI (Perugia)

Elena SUCCURRO (Catanzaro)

### COMITATO SCIENTIFICO

**Coordinatore**

Andrea Natali (Pisa)

**Coordinatore Eletto**

Cian Paolo Fadini (Padova)

**Componenti**

Lutgarda BOZZETTO (Napoli)

Federica FANTUZZI (Parma)

Ernesto MADDALONI (Roma)

Teresa MEZZA (Roma)

Sebastio PERRINI (Bari)

Flavia PRODAM (Novara)

Rocky STROLLO (Roma)

**Segreteria SID**

Società Italiana di Diabetologia

Via Pisa, 21 · 00162 Roma

Tel. 06 44240967

Fax 06 44292060

siditalia@siditalia.it · www.siditalia.it

### SEGRETERIA SCIENTIFICA E PROVIDER ECM

Società Italiana di Diabetologia

Via Pisa, 21 · 00162 Roma

Tel. 06 44240967 - Fax 06 44292060

www.siditalia.it · siditalia@siditalia.it

### SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

**I&C**

Via A. Costa 202/6 · 40134 Bologna

Tel. 051 6144004 · Fax 051 6142772

www.iec-srl.it · info@iec-srl.it

## 20 maggio 2025

Contatti stampa SID:

Mason&Partners

Dr.ssa Johann Rossi Mason

Mobile: 347.2626993

E-mail: jrossimason@gmail.com | masonandpartners@gmail.com

**09:00-10:30 - TERAPIA DEL DIABETE IN GRAVIDANZA: VERSO  
L'INNOVAZIONE E LA TECNOLOGIA**

### Relazione 1: Veronica Resi

La Prof.ssa Veronica Resi ha approfondito il ruolo sempre più centrale del pancreas artificiale nella gestione del diabete di tipo 1 in gravidanza.

L'intervento ha evidenziato come la tecnologia avanzata – in particolare i sistemi a circuito chiuso (hybrid closed-loop) – rappresenti oggi un'opportunità concreta per ottimizzare il controllo glicemico, riducendo i rischi sia per la madre che per il nascituro.

Oltre il 95% delle donne con diabete tipo 1 porta a termine una gravidanza con esito positivo, ma i dati mostrano ancora tassi elevati di parti pretermine e neonati macrosomici. Un controllo glicemico stringente è il fattore chiave per ridurre le complicanze materno-fetali, ma la variabilità dei fabbisogni insulinici in gravidanza rende la gestione estremamente complessa.

I sistemi AID (Automated Insulin Delivery), soprattutto quelli di ultima generazione, hanno dimostrato di migliorare significativamente gli outcome materni (meno ipoglicemie, più tempo speso di glicemia in range, riduzione della preeclampsia e del parto pretermine). Alcuni studi hanno anche osservato benefici indiretti per il neonato, tra cui minori ricoveri in terapia intensiva e riduzione dei costi sanitari.

Tuttavia, solo un sistema AID è attualmente approvato ufficialmente per l'uso in gravidanza in 14 Paesi, e i dati disponibili – pur promettenti – derivano spesso da trial non disegnati per valutare gli esiti neonatali.

La dott.ssa Resi ha sottolineato l'importanza di una formazione mirata per gli operatori, l'integrazione precoce dei sistemi nella fase pre-concezionale, e la necessità di percorsi multidisciplinari per una gestione personalizzata e sicura della gravidanza.

Infine, sono state individuate le sfide ancora aperte:

- Adattare gli algoritmi alle specificità della gravidanza

### CONSIGLIO DIRETTIVO

#### Presidente

Raffaella BUZZETTI (Roma)

#### Presidente Eletto

Riccardo C. BONADONNA (Verona)

#### Tesoriere

Marta L. HRIBAL (Catanzaro)

#### Segretario

Ernesto MADDALONI (Roma)

#### Consiglieri

Sergio DI MOLFETTA (Bari)

Alessandro R. DODESINI (Bergamo)

Gian Paolo FADINI (Padova)

Paolo FIORINA (Milano)

Gloria FORMOSO (Chieti-Pescara)

Mariangela GHIANI (Cagliari)

Maria Ida MAIORINO (Napoli)

Nicola NAPOLI (Roma)

Andrea NATALI (Pisa)

Francesca PORCELLATI (Perugia)

Elena SUCCURRO (Catanzaro)

### COMITATO SCIENTIFICO

#### Coordinatore

Andrea Natali (Pisa)

#### Coordinatore Eletto

Gian Paolo Fadini (Padova)

#### Componenti

Lutgarda BOZZETTO (Napoli)

Federica FANTUZZI (Parma)

Ernesto MADDALONI (Roma)

Teresa MEZZA (Roma)

Sebastio PERRINI (Bari)

Flavia PRODAM (Novara)

Rocky STROLLO (Roma)

#### Segreteria SID

Società Italiana di Diabetologia

Via Pisa, 21 · 00162 Roma

Tel. 06 44240967

Fax 06 44292060

siditalia@siditalia.it · www.siditalia.it

### SEGRETERIA SCIENTIFICA E PROVIDER ECM

Società Italiana di Diabetologia

Via Pisa, 21 · 00162 Roma

Tel. 06 44240967 - Fax 06 44292060

www.siditalia.it · siditalia@siditalia.it

### SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

#### I&C

Via A. Costa 202/6 · 40134 Bologna

Tel. 051 6144004 · Fax 051 6142772

www.iec-srl.it · info@iec-srl.it

- Ottenere dati solidi su esiti neonatali e a lungo termine
- Superare le barriere prescrittive e le disuguaglianze di gestione

L'intervento si è concluso con un appello alla comunità scientifica e clinica: investire in ricerca, formazione e accessibilità per garantire che ogni donna con diabete tipo 1 in gravidanza possa beneficiare delle innovazioni tecnologiche salvavita ad oggi disponibili.

## Relazione 2: Cristina Bianchi

Il monitoraggio continuo della glicemia in gravidanza: una guida per la prevenzione delle complicanze materno-fetali

Cristina Bianchi ha illustrato il ruolo crescente del monitoraggio continuo della glicemia (CGM) nel migliorare esiti clinici materni e neonatali nelle gravidanze complicate da diabete, in particolare di tipo 1.

Partendo dai risultati dello studio CONCEPTT, è stato evidenziato che l'uso del CGM consente di:

- Aumentare il tempo in range (TIR), ossia il tempo trascorso in valori glicemici ottimali,
- Ridurre l'iperglicemia (TAR) senza aumentare il rischio di ipoglicemie,
- Migliorare significativamente gli outcome neonatali, tra cui peso alla nascita, rischio di preeclampsia, parto pretermine e necessità di terapia intensiva neonatale.

Ulteriori studi osservazionali, sia europei che internazionali, hanno confermato che:

- Un TIR più elevato sin dal primo trimestre è associato a minore rischio di complicanze come preeclampsia e neonati grandi per l'età gestazionale;
- Incrementi anche modesti del TIR (es. +5%) possono ridurre il rischio di complicanze fino al 45%;
- L'iperglicemia notturna persistente risulta un predittore particolarmente forte di eventi avversi.

Nelle donne con diabete di tipo 2 in gravidanza e nel diabete gestazionale, pur in assenza di target CGM ben definiti, emerge un ruolo predittivo importante di metriche come il TAR e la glicemia media.

Tra i nuovi indici, anche il Glycemia Risk Index (GRI), che considera valori glicemici estremi, ha mostrato potenziale predittivo degli outcome avversi, sebbene necessiti di validazioni ulteriori.

## CONSIGLIO DIRETTIVO

### Presidente

Raffaella BUZZETTI (Roma)

### Presidente Eletto

Riccardo C. BONADONNA (Verona)

### Tesoriere

Marta L. HRIBAL (Catanzaro)

### Segretario

Ernesto MADDALONI (Roma)

### Consiglieri

Sergio DI MOLFETTA (Bari)

Alessandro R. DODESINI (Bergamo)

Gian Paolo FADINI (Padova)

Paolo FIORINA (Milano)

Gloria FORMOSO (Chieti-Pescara)

Mariangela GHIANI (Cagliari)

Maria Ida MAIORINO (Napoli)

Nicola NAPOLI (Roma)

Andrea NATALI (Pisa)

Francesca PORCELLATI (Perugia)

Elena SUCCURRO (Catanzaro)

## COMITATO SCIENTIFICO

### Coordinatore

Andrea Natali (Pisa)

### Coordinatore Eletto

Gian Paolo Fadini (Padova)

### Componenti

Lutgarda BOZZETTO (Napoli)

Federica FANTUZZI (Parma)

Ernesto MADDALONI (Roma)

Teresa MEZZA (Roma)

Sebastio PERRINI (Bari)

Flavia PRODAM (Novara)

Rocky STROLLO (Roma)

### Segreteria SID

Società Italiana di Diabetologia

Via Pisa, 21 · 00162 Roma

Tel. 06 44240967

Fax 06 44292060

siditalia@siditalia.it · www.siditalia.it

## SEGRETERIA SCIENTIFICA E PROVIDER ECM

Società Italiana di Diabetologia

Via Pisa, 21 · 00162 Roma

Tel. 06 44240967 - Fax 06 44292060

www.siditalia.it · siditalia@siditalia.it

## SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

### I&C

Via A. Costa 202/6 · 40134 Bologna

Tel. 051 6144004 · Fax 051 6142772

www.iec-srl.it · info@iec-srl.it

Infine, il CGM si rivela utile anche nelle fasi precoci della gravidanza fisiologica, offrendo strumenti predittivi per l'insorgenza di diabete gestazionale e di parti con esiti neonatali sfavorevoli.

Conclusione: l'utilizzo del CGM in gravidanza – già validato per il diabete tipo 1 – si prospetta promettente anche per il diabete tipo 2 e gestazionale, a patto di definire target chiari e proseguire con studi mirati. Le metriche CGM possono divenire uno strumento chiave per la predizione degli esiti avversi della gravidanza.

## Relazione 3: Gloria Formoso

E' stato evidenziato come, anche nella gestione del diabete in gravidanza, sia necessario adottare un approccio individualizzato, modellato sulle caratteristiche e sui bisogni specifici di ciascuna donna. Le forme di iperglicemia in gravidanza – diabete gestazionale, tipo 1 e tipo 2 – presentano infatti fenotipi ed esigenze molto diversi, che richiedono strategie terapeutiche su misura.

Principali messaggi emersi:

- Le donne con diabete di tipo 2 in gravidanza mostrano un rischio aumentato di complicanze severe, in alcuni casi anche maggiore rispetto al tipo 1: malformazioni congenite, mortalità perinatale e intrauterina, SGA (Small for Gestational Age).
- L'insulina resta oggi la terapia di prima scelta in tutte le forme di diabete in gravidanza, in quanto più efficace nella prevenzione degli esiti avversi, come indicato negli standard di cura ADA e come confermato anche da un recente studio pubblicato su JAMA.
- L'utilizzo di metformina può essere considerato solo in casi selezionati, come donne obese con diabete tipo 2 o con sindrome dell'ovaio policistico, ma va sospeso in presenza di fattori di rischio per SGA o restrizione della crescita fetale.
- Per quanto riguarda gli agonisti recettoriali del GLP-1, ad oggi non esistono evidenze sufficienti per il loro uso in gravidanza. Studi preclinici mostrano potenziali effetti avversi sullo sviluppo fetale.
- La supplementazione con inositolo ha mostrato benefici promettenti nel ridurre l'insorgenza del diabete gestazionale e migliorare i parametri metabolici, ma sono necessari studi più ampi per confermarne l'uso sistematico.
- Le app digitali per il monitoraggio glicemico e le modifiche dello stile di vita possono essere uno strumento utile, ma i dati sull'efficacia clinica in gravidanza restano ancora limitati.

## CONSIGLIO DIRETTIVO

### Presidente

Raffaella BUZZETTI (Roma)

### Presidente Eletto

Riccardo C. BONADONNA (Verona)

### Tesoriere

Marta L. HRIBAL (Catanzaro)

### Segretario

Ernesto MADDALONI (Roma)

### Consiglieri

Sergio DI MOLFETTA (Bari)

Alessandro R. DODESINI (Bergamo)

Cian Paolo FADINI (Padova)

Paolo FIORINA (Milano)

Gloria FORMOSO (Chieti-Pescara)

Mariangela GHIANI (Cagliari)

Maria Ida MAIORINO (Napoli)

Nicola NAPOLI (Roma)

Andrea NATALI (Pisa)

Francesca PORCELLATI (Perugia)

Elena SUCCURRO (Catanzaro)

## COMITATO SCIENTIFICO

### Coordinatore

Andrea Natali (Pisa)

### Coordinatore Eletto

Cian Paolo Fadini (Padova)

### Componenti

Lutgarda BOZZETTO (Napoli)

Federica FANTUZZI (Parma)

Ernesto MADDALONI (Roma)

Teresa MEZZA (Roma)

Sebastio PERRINI (Bari)

Flavia PRODAM (Novara)

Rocky STROLLO (Roma)

### Segreteria SID

Società Italiana di Diabetologia

Via Pisa, 21 · 00162 Roma

Tel. 06 44240967

Fax 06 44292060

siditalia@siditalia.it · www.siditalia.it

## SEGRETERIA SCIENTIFICA E PROVIDER ECM

Società Italiana di Diabetologia

Via Pisa, 21 · 00162 Roma

Tel. 06 44240967 - Fax 06 44292060

www.siditalia.it · siditalia@siditalia.it

## SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

### IE-C

Via A. Costa 202/6 · 40134 Bologna

Tel. 051 6144004 · Fax 051 6142772

www.iec-srl.it · info@iec-srl.it

- A oggi, mancano strumenti validati per predire la risposta alla terapia dell'iperglicemia in gravidanza: la medicina di precisione in questo ambito è ancora lontana, ma è un obiettivo verso cui dirigersi.

Conclusione: l'insulina è e rimane il caposaldo terapeutico per l'iperglicemia in gravidanza, ma il futuro richiede strategie personalizzate, costruite sul dialogo tra medico e paziente e sulla conoscenza delle esigenze individuali. L'obiettivo resta quello di migliorare gli esiti per madre e bambino, nel rispetto delle preferenze e condizioni cliniche della donna.

## 09:00-10:30 - ESAMI DI SCREENING PER LE NEUROPATIE: NON PIÙ SOLO IL MONOFILAMENTO

### Relazione 1: Carla Greco

La dott.ssa Carla Greco ha affrontato il tema della neuropatia autonoma cardiaca (CAN), definendola una complicanza spesso trascurata del diabete, ma con importanti implicazioni cliniche.

La neuropatia autonoma cardiaca rappresenta una disfunzione del sistema nervoso autonomo, con iniziale compromissione vagale (parasimpatico) seguita da alterazione della componente simpatica. Il suo decorso è frequentemente asintomatico o paucisintomatico, il che ne rende difficile la diagnosi precoce. Tuttavia, è associata a un significativo aumento del rischio cardiovascolare e della mortalità.

Il gold standard diagnostico resta rappresentato dai test cardiovascolari, che valutano la variabilità della frequenza cardiaca in risposta a manovre come la respirazione profonda, il passaggio ortostatico e la manovra di Valsalva. Questi test permettono anche di stadiare la malattia in fase precoce, confermata o avanzata.

Accanto a questi, sono stati presentati nuovi strumenti diagnostici e di screening:

- Analisi spettrale della variabilità cardiaca
- Monitoraggio pressorio delle 24 ore
- NeuroPad per la funzione sudomotoria
- Sudoscan
- Microscopia confocale corneale
- Tecniche avanzate di ricerca come la misura della sensibilità del baroriflesso, la misurazione dei livelli delle catecolamine, la scintigrafia cardiaca e la microneurografia

Queste metodiche mostrano buona correlazione con i test standard, e alcune di queste offrono prospettive promettenti per screening più accessibili e precoci.

### CONSIGLIO DIRETTIVO

#### Presidente

Raffaella BUZZETTI (Roma)

#### Presidente Eletto

Riccardo C. BONADONNA (Verona)

#### Tesoriere

Marta L. HRIBAL (Catanzaro)

#### Segretario

Ernesto MADDALONI (Roma)

#### Consiglieri

Sergio DI MOLFETTA (Bari)

Alessandro R. DODESINI (Bergamo)

Gian Paolo FADINI (Padova)

Paolo FIORINA (Milano)

Gloria FORMOSO (Chieti-Pescara)

Mariangela GHIANI (Cagliari)

Maria Ida MAIORINO (Napoli)

Nicola NAPOLI (Roma)

Andrea NATALI (Pisa)

Francesca PORCELLATI (Perugia)

Elena SUCCURRO (Catanzaro)

### COMITATO SCIENTIFICO

#### Coordinatore

Andrea Natali (Pisa)

#### Coordinatore Eletto

Gian Paolo Fadini (Padova)

#### Componenti

Lutgarda BOZZETTO (Napoli)

Federica FANTUZZI (Parma)

Ernesto MADDALONI (Roma)

Teresa MEZZA (Roma)

Sebastio PERRINI (Bari)

Flavia PRODAM (Novara)

Rocky STROLLO (Roma)

#### Segreteria SID

Società Italiana di Diabetologia

Via Pisa, 21 · 00162 Roma

Tel. 06 44240967

Fax 06 44292060

siditalia@siditalia.it · www.siditalia.it

### SEGRETERIA SCIENTIFICA E PROVIDER ECM

Società Italiana di Diabetologia

Via Pisa, 21 · 00162 Roma

Tel. 06 44240967 - Fax 06 44292060

www.siditalia.it · siditalia@siditalia.it

### SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

#### I&C

Via A. Costa 202/6 · 40134 Bologna

Tel. 051 6144004 · Fax 051 6142772

www.iec-srl.it · info@iec-srl.it

In conclusione, la dott.ssa Greco ha sottolineato l'importanza di una maggiore attenzione clinica alla CAN e la necessità di identificare strumenti di screening semplici e affidabili, al fine di intervenire tempestivamente, migliorare la prognosi dei pazienti diabetici e ridurre il rischio cardiovascolare.

## Relazione 2: Luca D'Onofrio

E' stato affrontato un tema sempre più centrale nella gestione del paziente diabetico: il declino cognitivo come complicanza emergente del diabete.

È stato illustrato come iperglicemia cronica, stress ossidativo e danno neuronale non si limitino al sistema nervoso periferico (come avviene nella neuropatia diabetica), ma possano estendersi anche al sistema nervoso centrale, aumentando il rischio di demenza. I dati mostrano che:

- I pazienti con diabete e neuropatia, e ancor di più quelli con ulcere diabetiche, mostrano peggiori performance cognitive;
- Il diabete è associato a un rischio significativamente aumentato di tutti i tipi di demenza, incluso l'Alzheimer;
- Il rischio inizia già a livelli moderati di iperglicemia.

Secondo le linee guida più recenti (ADA 2025), si raccomanda uno screening annuale del deterioramento cognitivo nei pazienti over 65 anni, utile per personalizzare i target glicemici, evitando ipoglicemie nei soggetti fragili.

Test semplici e applicabili in ambulatorio, come il Mini-Mental State Examination (MMSE) e in particolare il MOCA test, possono aiutare il medico a individuare precocemente segni di decadimento cognitivo. In futuro, potrebbe essere utilizzata anche la microscopia confocale corneale come marcatore oggettivo del danno alle piccole fibre nervose, correlato al declino cognitivo.

Aspetti chiave emersi:

- Diabete e demenza sono due emergenze globali convergenti, con costi sanitari e impatto sociale enormi;
- Il controllo glicemico precoce e stabile può aiutare a ritardare o prevenire il decadimento cognitivo;
- I nuovi farmaci (SGLT2-inibitori e GLP-1/GIP agonisti) e i sistemi tecnologici avanzati potrebbero offrire benefici anche sulla funzione cerebrale, tema su cui si attendono ulteriori dati.

Infine, per la prima volta, l'Atlante IDF 2025 ha dedicato un intero capitolo al rischio di demenza nel diabete, a conferma della crescente consapevolezza su

### CONSIGLIO DIRETTIVO

**Presidente**

Raffaella BUZZETTI (Roma)

**Presidente Eletto**

Riccardo C. BONADONNA (Verona)

**Tesoriere**

Marta L. HRIBAL (Catanzaro)

**Segretario**

Ernesto MADDALONI (Roma)

**Consiglieri**

Sergio DI MOLFETTA (Bari)

Alessandro R. DODESINI (Bergamo)

Gian Paolo FADINI (Padova)

Paolo FIORINA (Milano)

Gloria FORMOSO (Chieti-Pescara)

Mariangela GHIANI (Cagliari)

Maria Ida MAIORINO (Napoli)

Nicola NAPOLI (Roma)

Andrea NATALI (Pisa)

Francesca PORCELLATI (Perugia)

Elena SUCCURRO (Catanzaro)

### COMITATO SCIENTIFICO

**Coordinatore**

Andrea Natali (Pisa)

**Coordinatore Eletto**

Gian Paolo Fadini (Padova)

**Componenti**

Lutgarda BOZZETTO (Napoli)

Federica FANTUZZI (Parma)

Ernesto MADDALONI (Roma)

Teresa MEZZA (Roma)

Sebastio PERRINI (Bari)

Flavia PRODAM (Novara)

Rocky STROLLO (Roma)

**Segreteria SID**

Società Italiana di Diabetologia

Via Pisa, 21 · 00162 Roma

Tel. 06 44240967

Fax 06 44292060

siditalia@siditalia.it · www.siditalia.it

### SEGRETERIA SCIENTIFICA E PROVIDER ECM

Società Italiana di Diabetologia

Via Pisa, 21 · 00162 Roma

Tel. 06 44240967 - Fax 06 44292060

www.siditalia.it · siditalia@siditalia.it

### SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

**I&C**

Via A. Costa 202/6 · 40134 Bologna

Tel. 051 6144004 · Fax 051 6142772

www.iec-srl.it · info@iec-srl.it

questa complicanza sistemica, ponendo in particolare l'attenzione sui soggetti con insorgenza di diabete prima dei 65 anni.

Conclusione: il decadimento cognitivo non è più una complicanza "emergente", ma una realtà clinica da individuare, prevenire e gestire attivamente, soprattutto nel paziente diabetico anziano o con lunga durata di malattia.

### Relazione 3: Fabiana Picconi

L'occhio come finestra sul sistema nervoso: la retina svela il danno neurologico nel diabete"

La neuropatia retinica come complicanza precoce del diabete.

I principali messaggi emersi:

La retina, per la sua complessa struttura- costituita da neuroni, cellule gliali e vascolari- può essere considerata un tessuto nervoso vascolarizzato. Pertanto, è stata identificata come una potenziale finestra di osservazione del danno nervoso.

Nei pazienti con diabete tipo 1 o tipo 2 sono stati osservati fenomeni di neurodegenerazione retinica caratterizzati da perdita di tessuto neuronale e attivazione della componente gliale.

Le escursioni glicemiche, più dell'esposizione prolungata a livelli elevati di glucosio, comportano attivazione della componente gliale retinica, che può rappresentare il primum movens del danno nervoso retinico. Studi sperimentali su cellule di Müller (le principali cellule gliali della retina) mostrano che le variazioni di glucosio innescano meccanismi di attivazione e perfino di riprogrammazione cellulare.

Esiste pertanto una "neuropatia retinica" che può essere considerata come una complicanza specifica del diabete.

Il danno nervoso retinico si associa, inoltre, a danno nervoso sistemico - periferico e autonomo. Diverse evidenze in letteratura hanno descritto un legame tra neurodegenerazione retinica e presenza di neuropatia diabetica periferica e autonoma. Quest'associazione è già evidente in fasi molto precoci e subcliniche del danno neuronale. La neuropatia retinica può, quindi, rappresentare un marcatore predittivo di neuropatia diabetica.

Una finestra sul cervello. La retina è un'estensione anatomica del sistema nervoso centrale. Esistono significative correlazioni tra la disfunzione del tessuto retinico e il deterioramento cognitivo nei pazienti con diabete. Alterazione di parametri retinici, quali ad esempio la sensibilità retinica, si associano ad una minore performance cognitiva ed a un ridotto volume della corteccia cerebrale nel paziente affetto da decadimento cognitivo.

## CONSIGLIO DIRETTIVO

### Presidente

Raffaella BUZZETTI (Roma)

### Presidente Eletto

Riccardo C. BONADONNA (Verona)

### Tesoriere

Marta L. HRIBAL (Catanzaro)

### Segretario

Ernesto MADDALONI (Roma)

### Consiglieri

Sergio DI MOLFETTA (Bari)

Alessandro R. DODESINI (Bergamo)

Gian Paolo FADINI (Padova)

Paolo FIORINA (Milano)

Gloria FORMOSO (Chieti-Pescara)

Mariangela GHIANI (Cagliari)

Maria Ida MAIORINO (Napoli)

Nicola NAPOLI (Roma)

Andrea NATALI (Pisa)

Francesca PORCELLATI (Perugia)

Elena SUCCURRO (Catanzaro)

## COMITATO SCIENTIFICO

### Coordinatore

Andrea Natali (Pisa)

### Coordinatore Eletto

Gian Paolo Fadini (Padova)

### Componenti

Lutgarda BOZZETTO (Napoli)

Federica FANTUZZI (Parma)

Ernesto MADDALONI (Roma)

Teresa MEZZA (Roma)

Sebastio PERRINI (Bari)

Flavia PRODAM (Novara)

Rocky STROLLO (Roma)

### Segreteria SID

Società Italiana di Diabetologia

Via Pisa, 21 · 00162 Roma

Tel. 06 44240967

Fax 06 44292060

siditalia@siditalia.it · www.siditalia.it

## SEGRETERIA SCIENTIFICA E PROVIDER ECM

Società Italiana di Diabetologia

Via Pisa, 21 · 00162 Roma

Tel. 06 44240967 - Fax 06 44292060

www.siditalia.it · siditalia@siditalia.it

## SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

### I&C

Via A. Costa 202/6 · 40134 Bologna

Tel. 051 6144004 · Fax 051 6142772

www.iec-srl.it · info@iec-srl.it

Conclusione: la neuropatia retinica è una complicanza neurologica precoce e specifica del diabete. La retina si afferma così come un potenziale biomarker non invasivo per monitorare il danno al sistema nervoso – periferico e centrale – nei pazienti con diabete.

Grazie a questa nuova prospettiva clinica e diagnostica, l'occhio potrebbe diventare una finestra chiave per la diagnosi precoce e la gestione personalizzata delle complicanze neurologiche del diabete.

Ut imago est animi vultus sic indices oculi– Cicerone

## 09:00-10:30 - BENTORNATE $\beta$ CELLULE

### Relazione 1: Piero Marchetti

Il Prof Marchetti ha fatto il punto sul trapianto di pancreas come trattamento efficace per il ripristino della funzione beta-cellulare nei pazienti con diabete mellito di tipo 1.

Dopo oltre 70.000 trapianti nel mondo, di cui più di 1.600 eseguiti in Italia (un quarto circa a Pisa), il trapianto di pancreas, nelle sue varie modalità (simultaneo con il rene, SPK – il più comunemente eseguito; dopo rene, PAK; o isolato, PTA) si conferma un'opzione efficace e ragionevolmente sicura. Laddove indicato, per migliorare la sopravvivenza e la qualità di vita nelle persone con diabete di tipo 1. Il trapianto consente di normalizzare la glicemia, eliminando le complicanze acute del diabete e mostrando benefici evidenti anche su complicanze croniche come retinopatia, neuropatia e malattie cardiovascolari.

I dati del Registro Internazionale dei Trapianti di Pancreas (IPTR) indicano che la sopravvivenza del paziente a 10 anni post-trapianto si attesta intorno al 70%, e l'insulino-indipendenza può durare oltre 10 anni in oltre la metà dei pazienti. Risultati ottenuti in alcuni centri hanno evidenziato una sopravvivenza dei soggetti trapiantati che a 20 anni dalla procedura è superiore al 70%, con insulino-indipendenza superiore al 50%.

Il relatore ha sottolineato la necessità di considerare questa opzione terapeutica, che ormai è divenuta salvavita, soprattutto nei pazienti con insufficienza renale, con diabete mal controllabile nonostante l'uso di tecnologie avanzate per la somministrazione di insulina e per il monitoraggio glicemico, e in caso di grave disagio psicologico legato alla malattia.

### Relazione 2: Lucrezia Furian

Lucrezia Furian chirurgo e direttrice di un centro trapianti attivo sia nel trapianto di pancreas che in quello di isole pancreatiche, ha illustrato lo stato attuale e le prospettive di questa strategia terapeutica per un sottogruppo selezionato di pazienti con diabete di tipo 1.

### CONSIGLIO DIRETTIVO

**Presidente**

Raffaella BUZZETTI (Roma)

**Presidente Eletto**

Riccardo C. BONADONNA (Verona)

**Tesoriere**

Marta L. HRIBAL (Catanzaro)

**Segretario**

Ernesto MADDALONI (Roma)

**Consiglieri**

Sergio DI MOLFETTA (Bari)

Alessandro R. DODESINI (Bergamo)

Gian Paolo FADINI (Padova)

Paolo FIORINA (Milano)

Gloria FORMOSO (Chieti-Pescara)

Mariangela GHIANI (Cagliari)

Maria Ida MAIORINO (Napoli)

Nicola NAPOLI (Roma)

Andrea NATALI (Pisa)

Francesca PORCELLATI (Perugia)

Elena SUCCURRO (Catanzaro)

### COMITATO SCIENTIFICO

**Coordinatore**

Andrea Natali (Pisa)

**Coordinatore Eletto**

Gian Paolo Fadini (Padova)

**Componenti**

Lutgarda BOZZETTO (Napoli)

Federica FANTUZZI (Parma)

Ernesto MADDALONI (Roma)

Teresa MEZZA (Roma)

Sebastio PERRINI (Bari)

Flavia PRODAM (Novara)

Rocky STROLLO (Roma)

**Segreteria SID**

Società Italiana di Diabetologia

Via Pisa, 21 · 00162 Roma

Tel. 06 44240967

Fax 06 44292060

siditalia@siditalia.it · www.siditalia.it

### SEGRETERIA SCIENTIFICA E PROVIDER ECM

Società Italiana di Diabetologia

Via Pisa, 21 · 00162 Roma

Tel. 06 44240967 - Fax 06 44292060

www.siditalia.it · siditalia@siditalia.it

### SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

**I&C**

Via A. Costa 202/6 · 40134 Bologna

Tel. 051 6144004 · Fax 051 6142772

www.iec-srl.it · info@iec-srl.it

Il trapianto di isole, attivo in soli tre centri in Italia, rappresenta un'opzione per pazienti con:

Ipoglicemie severe ricorrenti, non controllabili con tecnologie avanzate,

Instabilità glicemica grave,

Complicanze croniche in progressione.

A differenza del trapianto di pancreas – il cui obiettivo è l'insulino-indipendenza a lungo termine – il trapianto di isole mira principalmente a eliminare gli episodi gravi di ipoglicemia, migliorare il tempo in range e ridurre la variabilità glicemica, anche se non sempre consente di sospendere l'insulina.

Tra i punti chiave emersi:

I risultati del protocollo di Edmonton, introdotto nei primi anni 2000, hanno rivoluzionato la procedura, con una insulino-indipendenza fino al 79% a un anno e 50% a tre anni;

La funzione delle isole trapiantate dura mediamente oltre sei anni, con un impatto clinico positivo sulla sicurezza glicemica;

I rischi associati alla terapia immunosoppressiva, spesso sovrastimati in ambito diabetologico, sono risultati contenuti: nessuna mortalità legata alla procedura e un tasso di complicanze infettive simile a quanto osservato nei trapianti di organo solido e oncologiche in linea con la popolazione non trapiantata.

In Italia, i numeri del trapianto di pancreas restano bassi (circa 40 l'anno), anche per scarsa segnalazione da parte dei diabetologi. Il trapianto di isole può essere considerato complementare, in particolare per pazienti con elevato rischio anestesilogico o che non desiderano un intervento chirurgico maggiore.

Infine, l'esperienza italiana – in particolare quella del San Raffaele di Milano – si è distinta a livello internazionale, documentando su The Lancet Diabetes & Endocrinology una casistica ventennale con risultati superiori alla media europea, sia in termini di insulino-indipendenza che di safety.

Conclusione: il trapianto di isole pancreatiche è oggi una terapia cellulare sicura ed efficace per pazienti selezionati con diabete di tipo 1 e ipoglicemie gravi. Il bilancio rischio-beneficio ne giustifica l'inclusione negli algoritmi terapeutici specialistici, come valida alternativa nelle forme più complesse e resistenti della malattia.

### CONSIGLIO DIRETTIVO

#### Presidente

Raffaella BUZZETTI (Roma)

#### Presidente Eletto

Riccardo C. BONADONNA (Verona)

#### Tesoriere

Marta L. HRIBAL (Catanzaro)

#### Segretario

Ernesto MADDALONI (Roma)

#### Consiglieri

Sergio DI MOLFETTA (Bari)

Alessandro R. DODESINI (Bergamo)

Gian Paolo FADINI (Padova)

Paolo FIORINA (Milano)

Gloria FORMOSO (Chieti-Pescara)

Mariangela GHIANI (Cagliari)

Maria Ida MAIORINO (Napoli)

Nicola NAPOLI (Roma)

Andrea NATALI (Pisa)

Francesca PORCELLATI (Perugia)

Elena SUCCURRO (Catanzaro)

### COMITATO SCIENTIFICO

#### Coordinatore

Andrea Natali (Pisa)

#### Coordinatore Eletto

Gian Paolo Fadini (Padova)

#### Componenti

Lutgarda BOZZETTO (Napoli)

Federica FANTUZZI (Parma)

Ernesto MADDALONI (Roma)

Teresa MEZZA (Roma)

Sebastio PERRINI (Bari)

Flavia PRODAM (Novara)

Rocky STROLLO (Roma)

#### Segreteria SID

Società Italiana di Diabetologia

Via Pisa, 21 · 00162 Roma

Tel. 06 44240967

Fax 06 44292060

siditalia@siditalia.it · www.siditalia.it

### SEGRETERIA SCIENTIFICA E PROVIDER ECM

Società Italiana di Diabetologia

Via Pisa, 21 · 00162 Roma

Tel. 06 44240967 - Fax 06 44292060

www.siditalia.it · siditalia@siditalia.it

### SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

#### I&C

Via A. Costa 202/6 · 40134 Bologna

Tel. 051 6144004 · Fax 051 6142772

www.iec-srl.it · info@iec-srl.it

## Relazione 3: Lorenzo Piemonti

Il professor Lorenzo Piemonti ha illustrato i grandi passi avanti nella terapia cellulare per il diabete di tipo 1, con un focus sul trapianto di isole pancreatiche e sulle nuove frontiere della medicina rigenerativa.

I punti chiave emersi:

La terapia cellulare funziona: il trapianto di isole ha dimostrato di poter ripristinare la produzione endogena di insulina, riducendo o eliminando il bisogno di terapia insulinica, migliorando l'emoglobina glicata e stabilizzando il controllo glicemico.

Risultati clinici solidi: nella casistica italiana, con un follow-up di 20 anni, il 70% dei pazienti ha raggiunto l'insulino-indipendenza (in condizioni ideali), con effetti duraturi fino a 6-7 anni in media. Le complicanze della procedura sono rare e simili a quelle di una biopsia epatica.

Limiti attuali:

- Disponibilità di donatori: servono in media 2,7 donatori per un solo trapianto.
- Perdita cellulare post-trapianto: fino al 70% delle isole impiantate non attecchiscono.
- Necessità di immunosoppressione, con implicazioni sulla funzione renale a lungo termine.

Svolta biotecnologica: oggi è possibile produrre cellule beta da cellule staminali pluripotenti, superando la dipendenza dagli organi donati. Le cellule ottenute sono funzionali, secernono insulina e correggono il diabete in modelli animali.

Risultati clinici incoraggianti: in uno studio di fase 1-2, il 70% dei pazienti impiantati con cellule da staminali ha raggiunto insulino-indipendenza e il 100% ha ottenuto normalizzazione dell'emoglobina glicata. Lo studio è ora in fase 3 e ancora aperto al reclutamento anche in Italia.

Prospettive future:

- Strategie per evitare l'immunosoppressione: incapsulamento cellulare, gene editing per rendere le cellule "invisibili" al sistema immunitario.
- Progetti di bio-organi: rigenerazione di strutture come il polmone per ospitare isole pancreatiche e creare veri e propri organi bioartificiali.
- Cellule autologhe riprogrammate: primo trapianto al mondo di isole da cellule del paziente stesso già effettuato in Cina con successo.

### CONSIGLIO DIRETTIVO

#### Presidente

Raffaella BUZZETTI (Roma)

#### Presidente Eletto

Riccardo C. BONADONNA (Verona)

#### Tesoriere

Marta L. HRIBAL (Catanzaro)

#### Segretario

Ernesto MADDALONI (Roma)

#### Consiglieri

Sergio DI MOLFETTA (Bari)

Alessandro R. DODESINI (Bergamo)

Gian Paolo FADINI (Padova)

Paolo FIORINA (Milano)

Gloria FORMOSO (Chieti-Pescara)

Mariangela GHIANI (Cagliari)

Maria Ida MAIORINO (Napoli)

Nicola NAPOLI (Roma)

Andrea NATALI (Pisa)

Francesca PORCELLATI (Perugia)

Elena SUCCURRO (Catanzaro)

### COMITATO SCIENTIFICO

#### Coordinatore

Andrea Natali (Pisa)

#### Coordinatore Eletto

Gian Paolo Fadini (Padova)

#### Componenti

Lutgarda BOZZETTO (Napoli)

Federica FANTUZZI (Parma)

Ernesto MADDALONI (Roma)

Teresa MEZZA (Roma)

Sebastio PERRINI (Bari)

Flavia PRODAM (Novara)

Rocky STROLLO (Roma)

#### Segreteria SID

Società Italiana di Diabetologia

Via Pisa, 21 · 00162 Roma

Tel. 06 44240967

Fax 06 44292060

siditalia@siditalia.it · www.siditalia.it

### SEGRETERIA SCIENTIFICA E PROVIDER ECM

Società Italiana di Diabetologia

Via Pisa, 21 · 00162 Roma

Tel. 06 44240967 - Fax 06 44292060

www.siditalia.it · siditalia@siditalia.it

### SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

#### I&C

Via A. Costa 202/6 · 40134 Bologna

Tel. 051 6144004 · Fax 051 6142772

www.iec-srl.it · info@iec-srl.it

Attenzione alla sicurezza: trattandosi di terapie cellulari “vive”, è essenziale che queste vengano eseguite in centri altamente specializzati, per evitare complicanze gravi come lo sviluppo di tumori.

Conclusione: “Non possiamo ancora parlare di una cura definitiva oggi per il diabete, ma abbiamo strumenti per migliorare radicalmente la vita delle persone con diabete tipo 1. E, per la prima volta, stiamo vedendo i primi segni concreti di una possibile rivoluzione terapeutica in un futuro prossimo”, ha sottolineato Piemonti.

## 11:00-13:00 - COME BASALIZZARE

### Relazione 1: Paolo Di Bartolo

Nel suo intervento, è stato evidenziato come, nonostante i progressi nel controllo glicemico dei pazienti con diabete tipo 2 (oltre il 55% con emoglobina glicata <7%), una quota significativa di pazienti (circa il 45%) rimane fuori target.

La terapia insulinica basale, sebbene raccomandata dalle linee guida solo in fasi avanzate, è già oggi utilizzata dal 32,4% dei pazienti con diabete tipo 2 nei centri italiani AMD, spesso in combinazione con altri farmaci. Tuttavia, c'è ancora troppa inerzia terapeutica, con molti pazienti non trattati o sottotrattati nonostante livelli elevati di glicata.

Sono stati discussi i fenotipi di pazienti che possono beneficiare precocemente dell'insulina basale e le situazioni cliniche transitorie che la rendono necessaria, come emergenze metaboliche, gravidanza, o intolleranza ad altri farmaci. Evidenze cliniche, inclusi gli studi ORIGIN e recenti metanalisi, ne confermano la sicurezza e l'efficacia, anche in termini di rischio cardiovascolare e oncologico.

Infine, è stato sottolineato come un approccio più tempestivo e proattivo nell'avvio e nella titolazione della terapia insulinica possa rappresentare un'opportunità concreta per migliorare l'outcome clinico dei pazienti, anche in combinazione con nuove classi terapeutiche.

### Relazione 2: Maria Ida Maiorino

Nel suo intervento, la relatrice ha sostenuto con forza l'efficacia dell'approccio terapeutico basato sulla combinazione fissa di insulina basale e agonista recettoriale del GLP-1, evidenziando vantaggi sia fisiopatologici che clinici.

I principali benefici emersi:

- Migliore controllo della glicemia rispetto alle monoterapie.
- Tendenza alla riduzione del peso corporeo o stabilità, a differenza delle terapie insuliniche complesse.

### CONSIGLIO DIRETTIVO

**Presidente**

Raffaella BUZZETTI (Roma)

**Presidente Eletto**

Riccardo C. BONADONNA (Verona)

**Tesoriere**

Marta L. HRIBAL (Catanzaro)

**Segretario**

Ernesto MADDALONI (Roma)

**Consiglieri**

Sergio DI MOLFETTA (Bari)

Alessandro R. DODESINI (Bergamo)

Gian Paolo FADINI (Padova)

Paolo FIORINA (Milano)

Gloria FORMOSO (Chieti-Pescara)

Mariangela GHIANI (Cagliari)

Maria Ida MAIORINO (Napoli)

Nicola NAPOLI (Roma)

Andrea NATALI (Pisa)

Francesca PORCELLATI (Perugia)

Elena SUCCURRO (Catanzaro)

### COMITATO SCIENTIFICO

**Coordinatore**

Andrea Natali (Pisa)

**Coordinatore Eletto**

Gian Paolo Fadini (Padova)

**Componenti**

Lutgarda BOZZETTO (Napoli)

Federica FANTUZZI (Parma)

Ernesto MADDALONI (Roma)

Teresa MEZZA (Roma)

Sebastio PERRINI (Bari)

Flavia PRODAM (Novara)

Rocky STROLLO (Roma)

**Segreteria SID**

Società Italiana di Diabetologia

Via Pisa, 21 · 00162 Roma

Tel. 06 44240967

Fax 06 44292060

siditalia@siditalia.it · www.siditalia.it

### SEGRETERIA SCIENTIFICA E PROVIDER ECM

Società Italiana di Diabetologia

Via Pisa, 21 · 00162 Roma

Tel. 06 44240967 - Fax 06 44292060

www.siditalia.it · siditalia@siditalia.it

### SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

**I&C**

Via A. Costa 202/6 · 40134 Bologna

Tel. 051 6144004 · Fax 051 6142772

www.iec-srl.it · info@iec-srl.it

- Sicura sul rischio di ipoglicemie.
- Facilita l'aderenza terapeutica, anche grazie alla riduzione degli effetti gastrointestinali rispetto alla somministrazione separata.
- Efficacia duratura nel tempo: uno studio ha dimostrato che nelle persone assegnate alle fixed combo la necessità di intensificare la terapia si riduce del 55% rispetto agli utilizzatori della insulina basale da sola.
- Effetti positivi anche su altri fattori di rischio cardiometabolico (pressione arteriosa, colesterolo LDL).

Dati provenienti da studi come DUAL LixiLan e analisi post-hoc confermano l'utilità di questa strategia in pazienti in fallimento con la sola terapia orale.

Si apre infine uno scenario futuro interessante con le terapie settimanali combinate (insulina + semaglutide), promettenti in termini di semplificazione e adesione.

Conclusione: la terapia combinata di insulina basale e GLP1-RA in formulazione fissa rappresenta oggi un'opzione terapeutica potente e sostenibile per contrastare l'inerzia terapeutica nel diabete tipo 2, ottimizzare il controllo glicemico e migliorare la qualità della vita delle persone con diabete tipo 2.

### Relazione 3: Iaria Malandrucchio

L'insulina basale è fondamentale nel trattamento del diabete tipo 2, ma la titolazione corretta e tempestiva è spesso ostacolata da inerzia clinica e difficoltà dei pazienti. La titolazione digitale, tramite app o dispositivi vocali, consente un approccio personalizzato, semplice ed efficace.

#### Messaggi chiave:

Non tutti i pazienti che ricevono l'educazione ricordano le istruzioni sulla titolazione dell'insulina basale: è necessario essere più efficaci.

Le app per la titolazione digitale migliorano l'aderenza, riducono errori e favoriscono l'autonomia del paziente.

I pazienti che usano regolarmente l'app raggiungono prima e più spesso i target glicemici personalizzati, senza aumentare il rischio di ipoglicemia.

L'intelligenza artificiale a comando vocale ha mostrato risultati promettenti in uno studio pilota.

La titolazione digitale può trasformare il possibile in probabile, contribuendo a superare l'inerzia terapeutica e migliorando la gestione del diabete in linea con la visione moderna della diabetologia.

### CONSIGLIO DIRETTIVO

**Presidente**

Raffaella BUZZETTI (Roma)

**Presidente Eletto**

Riccardo C. BONADONNA (Verona)

**Tesoriere**

Marta L. HRIBAL (Catanzaro)

**Segretario**

Ernesto MADDALONI (Roma)

**Consiglieri**

Sergio DI MOLFETTA (Bari)

Alessandro R. DODESINI (Bergamo)

Gian Paolo FADINI (Padova)

Paolo FIORINA (Milano)

Gloria FORMOSO (Chieti-Pescara)

Mariangela GHIANI (Cagliari)

Maria Ida MAIORINO (Napoli)

Nicola NAPOLI (Roma)

Andrea NATALI (Pisa)

Francesca PORCELLATI (Perugia)

Elena SUCCURRO (Catanzaro)

### COMITATO SCIENTIFICO

**Coordinatore**

Andrea Natali (Pisa)

**Coordinatore Eletto**

Gian Paolo Fadini (Padova)

**Componenti**

Lutgarda BOZZETTO (Napoli)

Federica FANTUZZI (Parma)

Ernesto MADDALONI (Roma)

Teresa MEZZA (Roma)

Sebastio PERRINI (Bari)

Flavia PRODAM (Novara)

Rocky STROLLO (Roma)

**Segreteria SID**

Società Italiana di Diabetologia

Via Pisa, 21 · 00162 Roma

Tel. 06 44240967

Fax 06 44292060

siditalia@siditalia.it · www.siditalia.it

### SEGRETERIA SCIENTIFICA E PROVIDER ECM

Società Italiana di Diabetologia

Via Pisa, 21 · 00162 Roma

Tel. 06 44240967 - Fax 06 44292060

www.siditalia.it · siditalia@siditalia.it

### SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

**I&C**

Via A. Costa 202/6 · 40134 Bologna

Tel. 051 6144004 · Fax 051 6142772

www.iec-srl.it · info@iec-srl.it

## Relazione 4: Maria Pompea Antonia Baldassarre

Nel suo intervento, la relatrice ha portato una riflessione critica sulla titolazione digitale dell'insulina basale nei pazienti con diabete tipo 2. Pur riconoscendone i potenziali vantaggi (algoritmi semplici, interfaccia intuitiva, supporto educativo), ha sottolineato come l'adozione sia ancora limitata, anche nella propria pratica clinica.

Tra i principali ostacoli:

- Variabilità clinica e multimorbilità dei pazienti, spesso fragili e poco alfabetizzati digitalmente.
- Politerapia e carico gestionale che rendono difficile aggiungere nuove tecnologie.
- Barriere sistemiche: mancanza di integrazione con i sistemi clinici, tempo insufficiente per l'educazione del paziente, e algoritmi ancora poco personalizzabili.
- Scarse evidenze a lungo termine nei contesti reali.

Pur riconoscendo il valore della titolazione digitale in contesti selezionati, il relatore ha ribadito l'importanza dell'empowerment del paziente come chiave per una titolazione efficace, digitale o meno.

"Meglio titolare bene che digitalizzare male" è stata la frase conclusiva che riassume la posizione critica ma costruttiva espressa.

## 11:00-13:00 - TRATTAMENTO DEL DIABETE IN OSPEDALE

### Relazione 1: Alberto Maran

Il Prof Maran ha presentato le più recenti novità cliniche sulle emergenze iperglicemiche, in particolare chetoacidosi diabetica (DKA) e sindrome iperglicemica iperosmolare (HHS). Le nuove linee guida internazionali – frutto di un ampio consenso tra le principali società scientifiche – aggiornano criteri diagnostici e approcci terapeutici dopo oltre 15 anni.

Tra i punti chiave:

- Nuovi criteri diagnostici per DKA, con soglia glicemica ridotta da 250 a 200 mg/dl e introduzione della misurazione diretta del  $\beta$ -idrossibutirrato  $\geq 3$  mmol/l.
- Riconoscimento delle forme "ibride" tra DKA e HHS.
- Maggiore enfasi sull'uso precoce dell'insulina sottocutanea nelle forme lievi/moderate.

### CONSIGLIO DIRETTIVO

**Presidente**

Raffaella BUZZETTI (Roma)

**Presidente Eletto**

Riccardo C. BONADONNA (Verona)

**Tesoriere**

Marta L. HRIBAL (Catanzaro)

**Segretario**

Ernesto MADDALONI (Roma)

**Consiglieri**

Sergio DI MOLFETTA (Bari)

Alessandro R. DODESINI (Bergamo)

Gian Paolo FADINI (Padova)

Paolo FIORINA (Milano)

Gloria FORMOSO (Chieti-Pescara)

Mariangela GHIANI (Cagliari)

Maria Ida MAIORINO (Napoli)

Nicola NAPOLI (Roma)

Andrea NATALI (Pisa)

Francesca PORCELLATI (Perugia)

Elena SUCCURRO (Catanzaro)

### COMITATO SCIENTIFICO

**Coordinatore**

Andrea Natali (Pisa)

**Coordinatore Eletto**

Gian Paolo Fadini (Padova)

**Componenti**

Lutgarda BOZZETTO (Napoli)

Federica FANTUZZI (Parma)

Ernesto MADDALONI (Roma)

Teresa MEZZA (Roma)

Sebastio PERRINI (Bari)

Flavia PRODAM (Novara)

Rocky STROLLO (Roma)

**Segreteria SID**

Società Italiana di Diabetologia

Via Pisa, 21 · 00162 Roma

Tel. 06 44240967

Fax 06 44292060

siditalia@siditalia.it · www.siditalia.it

### SEGRETERIA SCIENTIFICA E PROVIDER ECM

Società Italiana di Diabetologia

Via Pisa, 21 · 00162 Roma

Tel. 06 44240967 - Fax 06 44292060

www.siditalia.it · siditalia@siditalia.it

### SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

**IG-C**

Via A. Costa 202/6 · 40134 Bologna

Tel. 051 6144004 · Fax 051 6142772

www.iec-srl.it · info@iec-srl.it

- Attenzione alla gestione del potassio e alla corretta reidratazione del paziente.
- Necessità di follow-up precoce per ridurre le recidive, ancora frequenti soprattutto nei pazienti fragili.

Le nuove raccomandazioni puntano a una diagnosi più tempestiva, una gestione semplificata ma efficace anche fuori dall'ambiente intensivo e una migliore continuità assistenziale.

### Relazione 2: Concetta Irace

Nel suo intervento, la relatrice ha evidenziato l'importanza crescente dell'uso del monitoraggio glicemico continuo (CGM) anche nel setting ospedaliero, dove la prevalenza del diabete raggiunge il 15-20%. Le attuali linee guida raccomandano target glicemici tra 100-180 mg/dl nei reparti non critici e 140-180 nei reparti critici.

Studi recenti mostrano che il CGM rileva più ipoglicemie rispetto al glucometro tradizionale e offre una visione più ampia dell'andamento glicemico, con benefici in termini di tempo in range e sicurezza, anche nei pazienti fragili o post-infartuati.

Tuttavia, è importante utilizzare dispositivi accurati, formare adeguatamente il personale coinvolto nella gestione del diabete in ospedale ed utilizzare protocolli di titolazione dell'insulina. I dispositivi sono utili anche nella pre-ospedalizzazione e dopo la dimissione.

L'adozione del CGM in ospedale rappresenta un passaggio cruciale verso una gestione più personalizzata, proattiva e sicura del diabete in acuto, con benefici già supportati da studi clinici randomizzati.

### Relazione 3: Loris Pironi

Nel paziente ospedalizzato, l'iperglicemia è frequente durante la nutrizione artificiale, con una prevalenza fino al 50% dei casi, sia in nutrizione enterale che parenterale. Le cause sono molteplici: dalla sedentarietà e resistenza insulinica legata allo stato infiammatorio, alla composizione glucidica delle miscele nutrizionali.

Punti chiave:

- Un buon controllo glicemico riduce complicanze e mortalità durante la nutrizione artificiale.
- Nella nutrizione enterale si raccomandano miscele con meno carboidrati (a basso indice glicemico), più grassi monoinsaturi e fibre solubili, per migliorare il profilo metabolico.

### CONSIGLIO DIRETTIVO

#### Presidente

Raffaella BUZZETTI (Roma)

#### Presidente Eletto

Riccardo C. BONADONNA (Verona)

#### Tesoriere

Marta L. HRIBAL (Catanzaro)

#### Segretario

Ernesto MADDALONI (Roma)

#### Consiglieri

Sergio DI MOLFETTA (Bari)

Alessandro R. DODESINI (Bergamo)

Gian Paolo FADINI (Padova)

Paolo FIORINA (Milano)

Gloria FORMOSO (Chieti-Pescara)

Mariangela GHIANI (Cagliari)

Maria Ida MAIORINO (Napoli)

Nicola NAPOLI (Roma)

Andrea NATALI (Pisa)

Francesca PORCELLATI (Perugia)

Elena SUCCURRO (Catanzaro)

### COMITATO SCIENTIFICO

#### Coordinatore

Andrea Natali (Pisa)

#### Coordinatore Eletto

Gian Paolo Fadini (Padova)

#### Componenti

Lutgarda BOZZETTO (Napoli)

Federica FANTUZZI (Parma)

Ernesto MADDALONI (Roma)

Teresa MEZZA (Roma)

Sebastio PERRINI (Bari)

Flavia PRODAM (Novara)

Rocky STROLLO (Roma)

#### Segreteria SID

Società Italiana di Diabetologia

Via Pisa, 21 · 00162 Roma

Tel. 06 44240967

Fax 06 44292060

siditalia@siditalia.it · www.siditalia.it

### SEGRETERIA SCIENTIFICA E PROVIDER ECM

Società Italiana di Diabetologia

Via Pisa, 21 · 00162 Roma

Tel. 06 44240967 - Fax 06 44292060

www.siditalia.it · siditalia@siditalia.it

### SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

#### I&C

Via A. Costa 202/6 · 40134 Bologna

Tel. 051 6144004 · Fax 051 6142772

www.iec-srl.it · info@iec-srl.it

- In nutrizione parenterale, si deve ridurre il rapporto glucosio/lipidi e regolare attentamente la velocità di infusione del glucosio.
- Quando la sola strategia nutrizionale non basta, è indicato il trattamento insulinico, adattato al tipo di nutrizione (continua, ciclica, per boli) e al profilo glicemico del paziente.
- L'insulina può essere somministrata anche direttamente nella sacca nutrizionale, con buona stabilità e sicurezza, specialmente per ridurre il rischio di ipoglicemia in caso di interruzione improvvisa dell'infusione.

Conclusione: La gestione dell'iperglicemia in nutrizione artificiale richiede un approccio combinato nutrizionale e farmacologico, individualizzato e dinamico, per migliorare gli outcome clinici e la sicurezza del paziente.

## Relazione 4: Gian Pio Sorice

Terapia del diabete in ospedale: serve un approccio individualizzato e una dimissione strutturata

La gestione dei farmaci per il diabete in ambito ospedaliero presenta ancora molte zone grigie: evidenze contrastanti, linee guida incomplete e raccomandazioni spesso provenienti da ambiti non diabetologici. Serve cautela, senso clinico e capacità di individualizzazione delle modifiche di terapia.

Punti chiave:

- Metformina: alcuni dati ne supportano l'uso anche durante il ricovero, ma in presenza di condizioni acute (ipossia, insufficienza renale, epatica, ecc.) va sospesa secondo raccomandazioni EMA. Necessaria la titolazione sulla base del filtrato renale.
- GLP1-RA: possono aumentare il rischio di ab ingestis durante sedazioni o endoscopie per rallentato svuotamento gastrico. La sospensione andrebbe valutata caso per caso.
- SGLT2i: in alcuni studi mostrano una riduzione di mortalità e durata della degenza, ma vanno sospesi in caso di patologie acute o rischio di chetoacidosi.
- DPP4i (gliptine): sicure, ma con profilo di sicurezza non trasversalmente comune tra le diverse molecole (aumentata incidenza di ricoveri per scompenso cardiaco).
- L'insulina richiede personalizzazione in base alla procedura chirurgica. Una titolazione attenta consente un miglior controllo glicemico post-dimissione.

### CONSIGLIO DIRETTIVO

#### Presidente

Raffaella BUZZETTI (Roma)

#### Presidente Eletto

Riccardo C. BONADONNA (Verona)

#### Tesoriere

Marta L. HRIBAL (Catanzaro)

#### Segretario

Ernesto MADDALONI (Roma)

#### Consiglieri

Sergio DI MOLFFETTA (Bari)

Alessandro R. DODESINI (Bergamo)

Gian Paolo FADINI (Padova)

Paolo FIORINA (Milano)

Gloria FORMOSO (Chieti-Pescara)

Mariangela GHIANI (Cagliari)

Maria Ida MAIORINO (Napoli)

Nicola NAPOLI (Roma)

Andrea NATALI (Pisa)

Francesca PORCELLATI (Perugia)

Elena SUCCURRO (Catanzaro)

### COMITATO SCIENTIFICO

#### Coordinatore

Andrea Natali (Pisa)

#### Coordinatore Eletto

Gian Paolo Fadini (Padova)

#### Componenti

Lutgarda BOZZETTO (Napoli)

Federica FANTUZZI (Parma)

Ernesto MADDALONI (Roma)

Teresa MEZZA (Roma)

Sebastio PERRINI (Bari)

Flavia PRODAM (Novara)

Rocky STROLLO (Roma)

#### Segreteria SID

Società Italiana di Diabetologia

Via Pisa, 21 · 00162 Roma

Tel. 06 44240967

Fax 06 44292060

siditalia@siditalia.it · www.siditalia.it

### SEGRETERIA SCIENTIFICA E PROVIDER ECM

Società Italiana di Diabetologia

Via Pisa, 21 · 00162 Roma

Tel. 06 44240967 - Fax 06 44292060

www.siditalia.it · siditalia@siditalia.it

### SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

#### I&C

Via A. Costa 202/6 · 40134 Bologna

Tel. 051 6144004 · Fax 051 6142772

www.iec-srl.it · info@iec-srl.it

- Fondamentale una dimissione strutturata, con obiettivi chiari, pianificazione della terapia, comunicazione al medico curante e follow-up precoce per ridurre il rischio di ri-ammissione ospedaliera.

Il messaggio finale: la terapia del diabete in ospedale va personalizzata, contestualizzata e comunicata in modo adeguato, soprattutto in vista della dimissione.

## 11:00-13:00 - QUALI SONO LE PRIORITÀ PER LA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE NEL DIABETE TIPO 2?

### Relazione 1: Massimo Federici

Nel suo intervento, è stato illustrato come, nei pazienti con diabete tipo 2, il rischio cardiovascolare non sia legato solo al colesterolo LDL, ma anche ad altre componenti lipidiche, in particolare le LDL piccole e dense, le lipoproteine remnant e il colesterolo non-HDL.

È stato presentato lo Score 2 Diabete, il nuovo algoritmo europeo di stima del rischio, che include età, durata del diabete, HbA1c, funzione renale, colesterolo totale e HDL. Questo strumento consente una stratificazione più accurata e suggerisce target LDL personalizzati in base al rischio (70, 55, o 100 mg/dl).

Si è discusso dell'importanza di un approccio precoce e aggressivo nella gestione lipidica per ridurre il rischio residuo, con attenzione al fatto che nel diabete le LDL possono assumere forme più aterogene, e che il colesterolo non-HDL emerge come biomarcatore chiave.

Infine, è stato sottolineato come l'inerzia terapeutica e l'assenza di dati italiani nello Score 2 diabete rappresentino ancora sfide da colmare. L'inclusione di nuovi dati (ad esempio dagli Annali AMD) e l'arrivo di nuove molecole lipidiche potrebbero cambiare gli scenari nei prossimi anni.

### Relazione 2: Stefano Taddei

L'intervento ha posto l'accento sul rapporto critico tra ipertensione e diabete, due condizioni che, sommandosi, moltiplicano il rischio cardiovascolare. Le linee guida indicano target sempre più ambiziosi (es. pressione <130/80 mmHg o <120 mmHg), ma la base scientifica a sostegno di questi obiettivi è fragile.

Messaggi chiave:

- Nei pazienti con diabete, la pressione arteriosa va trattata a partire da 140/90 mmHg.
- Il target ideale è 130/80, ma scendere sotto 120 può non dare beneficio o addirittura aumentare i rischi, come dimostrano metanalisi più recenti.

### CONSIGLIO DIRETTIVO

#### Presidente

Raffaella BUZZETTI (Roma)

#### Presidente Eletto

Riccardo C. BONADONNA (Verona)

#### Tesoriere

Marta L. HRIBAL (Catanzaro)

#### Segretario

Ernesto MADDALONI (Roma)

#### Consiglieri

Sergio DI MOLFETTA (Bari)

Alessandro R. DODESINI (Bergamo)

Gian Paolo FADINI (Padova)

Paolo FIORINA (Milano)

Gloria FORMOSO (Chieti-Pescara)

Mariangela GHIANI (Cagliari)

Maria Ida MAIORINO (Napoli)

Nicola NAPOLI (Roma)

Andrea NATALI (Pisa)

Francesca PORCELLATI (Perugia)

Elena SUCCURRO (Catanzaro)

### COMITATO SCIENTIFICO

#### Coordinatore

Andrea Natali (Pisa)

#### Coordinatore Eletto

Gian Paolo Fadini (Padova)

#### Componenti

Lutgarda BOZZETTO (Napoli)

Federica FANTUZZI (Parma)

Ernesto MADDALONI (Roma)

Teresa MEZZA (Roma)

Sebastio PERRINI (Bari)

Flavia PRODAM (Novara)

Rocky STROLLO (Roma)

#### Segreteria SID

Società Italiana di Diabetologia

Via Pisa, 21 · 00162 Roma

Tel. 06 44240967

Fax 06 44292060

siditalia@siditalia.it · www.siditalia.it

### SEGRETERIA SCIENTIFICA E PROVIDER ECM

Società Italiana di Diabetologia

Via Pisa, 21 · 00162 Roma

Tel. 06 44240967 - Fax 06 44292060

www.siditalia.it · siditalia@siditalia.it

### SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

#### I&C

Via A. Costa 202/6 · 40134 Bologna

Tel. 051 6144004 · Fax 051 6142772

www.iec-srl.it · info@iec-srl.it

- Ridurre troppo la pressione può portare a effetti collaterali, come ipotensione, cadute e peggioramento della funzione renale.
- Non tutti i farmaci antipertensivi sono uguali: gli ACE-inibitori restano la prima scelta nei diabetici, mentre alcuni antagonisti recettoriali dell'angiotensina (ARB) non hanno dimostrato benefici cardiovascolari solidi.
- Gli SGLT2 inibitori, farmaci usati nel diabete, abbassano la pressione e possono essere utili anche nei pazienti ipertesi.

Conclusione: fissare target pressori molto bassi nei diabetici può non essere realistico né basato su prove solide. Serve un approccio individualizzato, con obiettivi personalizzati e scelte farmacologiche basate su evidenze cliniche reali, non solo su numeri.

### Relazione 3: Caterina Conte

L'eccesso di tessuto adiposo, in particolare l'adiposità viscerale, è un fattore chiave nello sviluppo di oltre 200 complicanze, tra cui diabete di tipo 2, ipertensione, dislipidemia, malattie cardiovascolari e patologie articolari e respiratorie.

Messaggi chiave:

- L'obesità è una malattia cronica sistemica.
- La perdita di peso, anche modesta (5-10%), migliora marcatori metabolici e riduce il rischio cardiovascolare.
- Strumenti come farmaci per la gestione dell'obesità, stile di vita intensivo e chirurgia bariatrica hanno dimostrato di migliorare mortalità e complicanze, anche nelle persone con diabete.
- Gli obiettivi di trattamento devono essere personalizzati e focalizzati sulla salute, non solo sul numero sulla bilancia.

Il trattamento dell'adiposità in eccesso è oggi centrale nella gestione del diabete di tipo 2 e contribuisce a migliorare il profilo glicemico, pressorio e lipidico in modo sinergico.

### Relazione 4: Antonio Ceriello

Nel suo intervento, il relatore ha sottolineato come l'emoglobina glicata, pur essendo il marker storico del compenso glicemico, non sia sufficiente da sola a predire il rischio cardiovascolare nei pazienti con diabete. Anche con glicata a target, esistono evidenze (dati dal registro svedese) che mostrano un aumento del rischio cardiovascolare in presenza di alta variabilità glicemica nel tempo.

Due nuovi concetti si affermano oggi nella valutazione del controllo glicemico:

### CONSIGLIO DIRETTIVO

#### Presidente

Raffaella BUZZETTI (Roma)

#### Presidente Eletto

Riccardo C. BONADONNA (Verona)

#### Tesoriere

Marta L. HRIBAL (Catanzaro)

#### Segretario

Ernesto MADDALONI (Roma)

#### Consiglieri

Sergio DI MOLFETTA (Bari)

Alessandro R. DODESINI (Bergamo)

Gian Paolo FADINI (Padova)

Paolo FIORINA (Milano)

Gloria FORMOSO (Chieti-Pescara)

Mariangela GHIANI (Cagliari)

Maria Ida MAIORINO (Napoli)

Nicola NAPOLI (Roma)

Andrea NATALI (Pisa)

Francesca PORCELLATI (Perugia)

Elena SUCCURRO (Catanzaro)

### COMITATO SCIENTIFICO

#### Coordinatore

Andrea Natali (Pisa)

#### Coordinatore Eletto

Gian Paolo Fadini (Padova)

#### Componenti

Lutgarda BOZZETTO (Napoli)

Federica FANTUZZI (Parma)

Ernesto MADDALONI (Roma)

Teresa MEZZA (Roma)

Sebastio PERRINI (Bari)

Flavia PRODAM (Novara)

Rocky STROLLO (Roma)

#### Segreteria SID

Società Italiana di Diabetologia

Via Pisa, 21 · 00162 Roma

Tel. 06 44240967

Fax 06 44292060

siditalia@siditalia.it · www.siditalia.it

### SEGRETERIA SCIENTIFICA E PROVIDER ECM

Società Italiana di Diabetologia

Via Pisa, 21 · 00162 Roma

Tel. 06 44240967 - Fax 06 44292060

www.siditalia.it · siditalia@siditalia.it

### SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

#### I&C

Via A. Costa 202/6 · 40134 Bologna

Tel. 051 6144004 · Fax 051 6142772

www.iec-srl.it · info@iec-srl.it

- Variabilità glicemica: oscillazioni ampie della glicemia sono associate a ipoglicemie e complicanze vascolari.

- Time in Range (TIR): il tempo trascorso in un intervallo glicemico "normale" è correlato a minore rischio di mortalità e complicanze cardiovascolari e renali.

Entrambi i parametri, se alterati, contribuiscono in modo indipendente (e combinato) all'incremento del rischio.

È quindi necessario superare il modello centrato solo sull'emoglobina glicata, adottando una visione integrata del controllo glicemico, grazie anche al monitoraggio continuo (CGM) e alle nuove raccomandazioni internazionali che ne guidano l'utilizzo nei contesti clinici.

Obiettivo: più tempo in range, meno variabilità – per ridurre davvero le complicanze del diabete.

## 11:00-13:00 - LE NUOVE FRONTIERE DELLA TERAPIA IPOLIPEMIZZANTE

### Relazione 1: Laura D'Erasmus

Nel suo intervento, la prof.ssa Laura D'Erasmus ha offerto una panoramica aggiornata sul ruolo dei trigliceridi nella malattia cardiovascolare e sulle strategie terapeutiche disponibili e in sviluppo. Dopo aver chiarito la distinzione tra ipertrigliceridemia lieve-moderata (prevalente rischio cardiovascolare) e grave (rischio di pancreatite), ha sottolineato come le lipoproteine ricche in trigliceridi contribuiscano attivamente all'aterosclerosi, specialmente quando l'LDL è già sotto controllo.

I capisaldi della terapia restano:

- Statine, come primo intervento per ridurre LDL, il rischio cardiovascolare e in grado di ridurre i trigliceridi del 15-30%;
- Fenofibrato, efficace nella dislipidemia aterogena (alta TG e bassa HDL) con dati contrastanti sulla riduzione del rischio cardiovascolare;
- Omega-3 ad alta purezza (icosapent etile): nonostante una riduzione modesta dei TG, lo studio REDUCE-IT ha mostrato una significativa riduzione del rischio cardiovascolare (-25%), indipendentemente dai valori basali di LDL e TG.

La relatrice ha inoltre anticipato le prospettive future offerte da nuove molecole in sviluppo, tra cui:

- Inibitori di ApoC3 e ANGPTL3, capaci di ridurre i TG fino al 60% e nella dislipidemia mista;

### CONSIGLIO DIRETTIVO

#### Presidente

Raffaella BUZZETTI (Roma)

#### Presidente Eletto

Riccardo C. BONADONNA (Verona)

#### Tesoriere

Marta L. HRIBAL (Catanzaro)

#### Segretario

Ernesto MADDALONI (Roma)

#### Consiglieri

Sergio DI MOLFETTA (Bari)

Alessandro R. DODESINI (Bergamo)

Gian Paolo FADINI (Padova)

Paolo FIORINA (Milano)

Gloria FORMOSO (Chieti-Pescara)

Mariangela GHIANI (Cagliari)

Maria Ida MAIORINO (Napoli)

Nicola NAPOLI (Roma)

Andrea NATALI (Pisa)

Francesca PORCELLATI (Perugia)

Elena SUCCURRO (Catanzaro)

### COMITATO SCIENTIFICO

#### Coordinatore

Andrea Natali (Pisa)

#### Coordinatore Eletto

Gian Paolo Fadini (Padova)

#### Componenti

Lutgarda BOZZETTO (Napoli)

Federica FANTUZZI (Parma)

Ernesto MADDALONI (Roma)

Teresa MEZZA (Roma)

Sebastio PERRINI (Bari)

Flavia PRODAM (Novara)

Rocky STROLLO (Roma)

#### Segreteria SID

Società Italiana di Diabetologia

Via Pisa, 21 · 00162 Roma

Tel. 06 44240967

Fax 06 44292060

siditalia@siditalia.it · www.siditalia.it

### SEGRETERIA SCIENTIFICA E PROVIDER ECM

Società Italiana di Diabetologia

Via Pisa, 21 · 00162 Roma

Tel. 06 44240967 - Fax 06 44292060

www.siditalia.it · siditalia@siditalia.it

### SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

#### I&C

Via A. Costa 202/6 · 40134 Bologna

Tel. 051 6144004 · Fax 051 6142772

www.iec-srl.it · info@iec-srl.it

- Analoghi FGF21, utili anche nella steatosi epatica;
- Lomitapide, già disponibile per rare forme genetiche e confermatasi efficace nelle forme monogeniche di ipertrigliceridemia.

L'intervento si è chiuso con un richiamo all'importanza di individuare precocemente i pazienti ad alto rischio per poter accedere tempestivamente a queste nuove opzioni terapeutiche in arrivo.

## Relazione 2: Mario Luca Morieri

Le statine restano al centro della terapia ipolipemizzante, soprattutto nella prevenzione cardiovascolare nei pazienti con diabete di tipo 2. Il relatore ha ribadito con forza la centralità di questi farmaci, che sono:

- **Attuali:** ancora oggi tra i più prescritti in Italia, anche in combinazione con ezetimibe, nonostante la crescente disponibilità di nuove molecole (es. inibitori PCSK9).
- **Efficaci:** la riduzione del colesterolo LDL con statine comporta una riduzione del rischio cardiovascolare del 22% ogni 1 mmol/L di LDL in 5 anni, beneficio che cresce con trattamenti più prolungati.
- **Sicure:** le preoccupazioni su effetti collaterali come disturbi muscolari e diabete, sono ridimensionati dal netto beneficio cardiovascolare di questi farmaci; inoltre possono essere usati con sicurezza anche nel paziente con epatopatia cronica; i benefici superano nettamente i rischi.

#### Problemi aperti:

- Target LDL spesso non raggiunti, anche per sottostima del rischio o bassa intensità terapeutica.
- Aderenza e comunicazione col paziente da migliorare.
- Interesse crescente per approcci più personalizzati e combinazioni precoci (statina + ezetimibe).

Conclusione: le statine restano una pietra angolare nella gestione del rischio cardiovascolare, da utilizzare in modo più mirato e consapevole, anche in combinazione con nuove terapie.

## Relazione 3: Patrizia Suppressa

L'obiettivo della terapia ipolipemizzante è oggi abbattere il colesterolo LDL il più possibile, soprattutto nei pazienti ad alto o altissimo rischio cardiovascolare — anche in prevenzione primaria. Tuttavia, molti pazienti non raggiungono i target previsti dalle linee guida, anche per una sottovalutazione del rischio cardiovascolare da parte dei clinici e conseguentemente una ridotta percezione della necessità di un trattamento intensivo.

### CONSIGLIO DIRETTIVO

**Presidente**

Raffaella BUZZETTI (Roma)

**Presidente Eletto**

Riccardo C. BONADONNA (Verona)

**Tesoriere**

Marta L. HRIBAL (Catanzaro)

**Segretario**

Ernesto MADDALONI (Roma)

**Consiglieri**

Sergio DI MOLFETTA (Bari)

Alessandro R. DODESINI (Bergamo)

Gian Paolo FADINI (Padova)

Paolo FIORINA (Milano)

Gloria FORMOSO (Chieti-Pescara)

Mariangela GHIANI (Cagliari)

Maria Ida MAIORINO (Napoli)

Nicola NAPOLI (Roma)

Andrea NATALI (Pisa)

Francesca PORCELLATI (Perugia)

Elena SUCCURRO (Catanzaro)

### COMITATO SCIENTIFICO

**Coordinatore**

Andrea Natali (Pisa)

**Coordinatore Eletto**

Gian Paolo Fadini (Padova)

**Componenti**

Lutgarda BOZZETTO (Napoli)

Federica FANTUZZI (Parma)

Ernesto MADDALONI (Roma)

Teresa MEZZA (Roma)

Sebastio PERRINI (Bari)

Flavia PRODAM (Novara)

Rocky STROLLO (Roma)

**Segreteria SID**

Società Italiana di Diabetologia

Via Pisa, 21 · 00162 Roma

Tel. 06 44240967

Fax 06 44292060

siditalia@siditalia.it · www.siditalia.it

### SEGRETERIA SCIENTIFICA E PROVIDER ECM

Società Italiana di Diabetologia

Via Pisa, 21 · 00162 Roma

Tel. 06 44240967 - Fax 06 44292060

www.siditalia.it · siditalia@siditalia.it

### SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

**I&C**

Via A. Costa 202/6 · 40134 Bologna

Tel. 051 6144004 · Fax 051 6142772

www.iec-srl.it · info@iec-srl.it

### Due soluzioni emergenti:

- **Acido bempedoico:** agisce inibendo la sintesi epatica del colesterolo. È ben tollerato anche nei pazienti intolleranti alle statine (non attivo a livello muscolare) e, in combinazione con ezetimibe e statine, può ridurre l'LDL fino al 60%. Dimostrata anche una riduzione degli eventi cardiovascolari nel trial CLEAR Outcomes.
- **Lomitapide:** farmaco indicato per la ipercolesterolemia familiare omozigote (HoFH), condizione rara e gravissima. Blocca la sintesi di VLDL e chilomicroni. Studi europei, compreso uno coordinato dall'Italia, mostrano riduzioni stabili e durature dell'LDL (fino al -64%) e minore necessità di LDL-afèresi, con profilo di sicurezza gestibile.

Conclusione: nei pazienti ad alto rischio cardiovascolare la terapia orale con statine, ezetimibe e acido bempedoico rappresentano la prima opzione terapeutica così come l'utilizzo di lomitapide nei pazienti HoFH. Con questi farmaci oggi è possibile personalizzare e intensificare il trattamento, intercettando precocemente i pazienti a rischio e migliorando significativamente la prognosi cardiovascolare.

### Relazione 4: Livia Pisciotta

L'obiettivo della terapia ipolipemizzante è oggi abbattere il colesterolo LDL il più possibile, soprattutto nei pazienti ad alto o altissimo rischio cardiovascolare — anche in prevenzione primaria. Tuttavia, molti pazienti non raggiungono i target previsti dalle linee guida, anche per una sottovalutazione del rischio cardiovascolare da parte dei clinici e conseguentemente una ridotta percezione della necessità di un trattamento intensivo.

### Due soluzioni emergenti:

- **Acido bempedoico:** agisce inibendo la sintesi epatica del colesterolo. È ben tollerato anche nei pazienti intolleranti alle statine (non attivo a livello muscolare) e, in combinazione con ezetimibe e statine, può ridurre l'LDL fino al 60%. Dimostrata anche una riduzione degli eventi cardiovascolari nel trial CLEAR Outcomes.
- **Lomitapide:** farmaco indicato per la ipercolesterolemia familiare omozigote (HoFH), condizione rara e gravissima. Blocca la sintesi di VLDL e chilomicroni. Studi europei, compreso uno coordinato dall'Italia, mostrano riduzioni stabili e durature dell'LDL (fino al -64%) e minore necessità di LDL-afèresi, con profilo di sicurezza gestibile.

Conclusione: nei pazienti ad alto rischio cardiovascolare la terapia orale con statine, ezetimibe e acido bempedoico rappresentano la prima opzione terapeutica così come l'utilizzo di lomitapide nei pazienti HoFH. Con questi farmaci oggi è possibile personalizzare e intensificare il trattamento,

## CONSIGLIO DIRETTIVO

### Presidente

Raffaella BUZZETTI (Roma)

### Presidente Eletto

Riccardo C. BONADONNA (Verona)

### Tesoriere

Marta L. HRIBAL (Catanzaro)

### Segretario

Ernesto MADDALONI (Roma)

### Consiglieri

Sergio DI MOLFETTA (Bari)

Alessandro R. DODESINI (Bergamo)

Gian Paolo FADINI (Padova)

Paolo FIORINA (Milano)

Gloria FORMOSO (Chieti-Pescara)

Mariangela GHIANI (Cagliari)

Maria Ida MAIORINO (Napoli)

Nicola NAPOLI (Roma)

Andrea NATALI (Pisa)

Francesca PORCELLATI (Perugia)

Elena SUCCURRO (Catanzaro)

## COMITATO SCIENTIFICO

### Coordinatore

Andrea Natali (Pisa)

### Coordinatore Eletto

Gian Paolo Fadini (Padova)

### Componenti

Lutgarda BOZZETTO (Napoli)

Federica FANTUZZI (Parma)

Ernesto MADDALONI (Roma)

Teresa MEZZA (Roma)

Sebastio PERRINI (Bari)

Flavia PRODAM (Novara)

Rocky STROLLO (Roma)

### Segreteria SID

Società Italiana di Diabetologia

Via Pisa, 21 · 00162 Roma

Tel. 06 44240967

Fax 06 44292060

siditalia@siditalia.it · www.siditalia.it

## SEGRETERIA SCIENTIFICA E PROVIDER ECM

Società Italiana di Diabetologia

Via Pisa, 21 · 00162 Roma

Tel. 06 44240967 - Fax 06 44292060

www.siditalia.it · siditalia@siditalia.it

## SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

### I&C

Via A. Costa 202/6 · 40134 Bologna

Tel. 051 6144004 · Fax 051 6142772

www.iec-srl.it · info@iec-srl.it

intercettando precocemente i pazienti a rischio e migliorando significativamente la prognosi cardiovascolare.