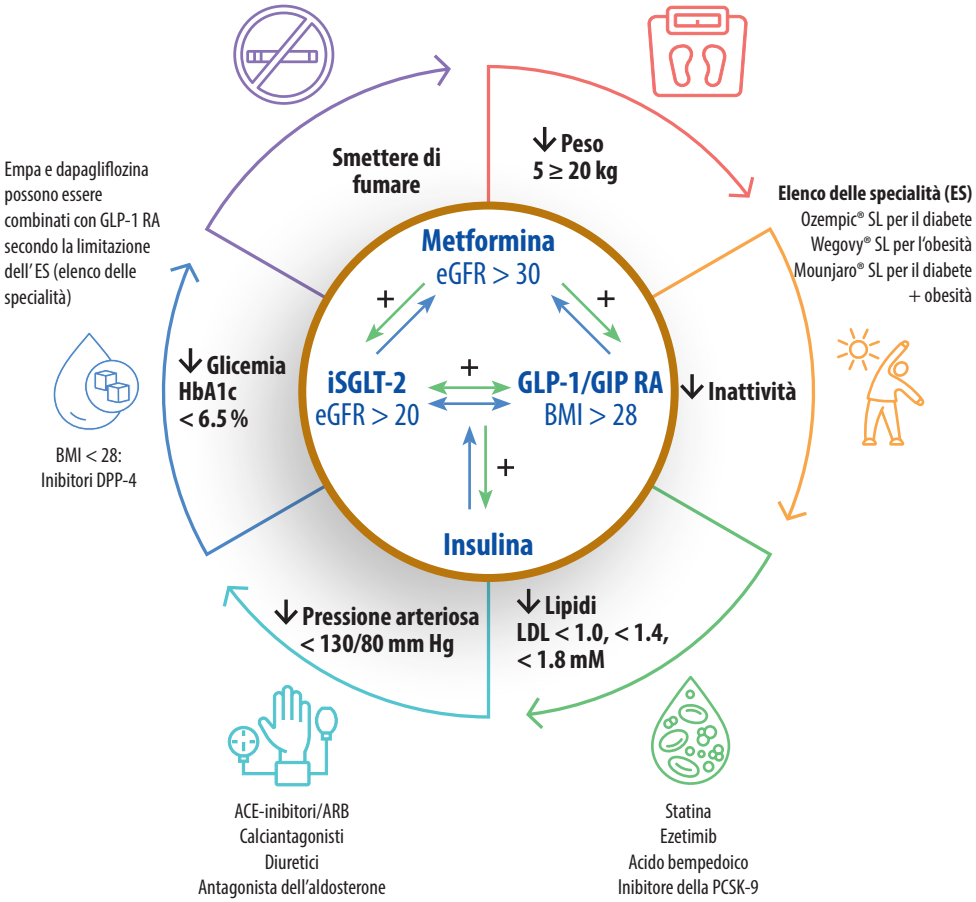
La terapia migliore
Diabete di tipo 2 e fattori di rischio

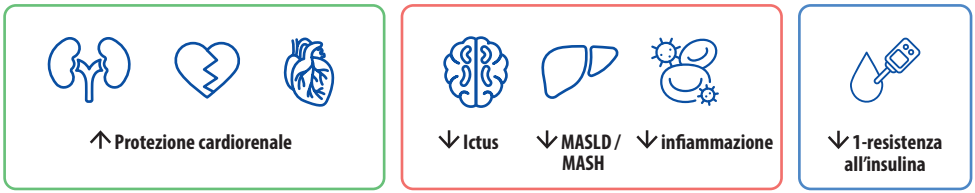


Prima pubblicazione settembre 2026

Pubblicato dalla
Società Svizzera di
Endocrinologia e Diabetologia – SGED

Terapia ottimale per il diabete di tipo 2 e i fattori di rischio 2026





Obiettivo: protezione degli organi, ↓ infiammazione, ↓ resistenza all'insulina

Farmaci proposti per il diabete e l'obesità

in base ai risultati degli studi e alla sicurezza delle sostanze proposte

Classe e sostanze	Marchi	Combinazione con metformina + altri
Biguanide		
Metformin	Glucophage® 500, 850, 1000 mg o generico	
Inibitori SGLT-2		
Empagliflozin	Jardiance® 10 mg	JardianceMet® 5/500, 5/1000 mg, Glyxambi® (+Linagliptin) 10/5 mg
Dapagliflozin	Forxiga® 10 mg	Xigduo XR® 5/500, 5/1000, 10/500, 10/1000 mg
Invokana	Invokana® 100, 300 mg	Vokanamet® 50/850, 50/1000, 150/1000 mg
Ertugliflozin	Steglatro® 5 mg	Steglujan® (+Sitagliptin) 5/100 mg
GLP-1 RA, GLP-1/GIP RA		
Semaglutid	Ozempic® DualDose 0.25 mg, 0.5 mg, FixDose 1 mg, 2 mg Rybelsus® oral 3, 7, 14 mg, Wegovy® Multi Fixdose 0.25, 0.5, 1.0, 1.7, 2.4 mg	
Tirzepatid	Mounjaro® 2.5, 5, 7.5, 10, 12.5, 15 mg	
Liraglutid	Victoza® 0.6, 1.2, 1.8 mg	
Dulaglutid	Trulicity® 0.75, 1.5 mg	
Inibitori della DPP-4		
Linagliptin	Trajenta® 5 mg (nessun aggiustamento della dose in base alla funzionalità renale)	Jentadueto® 2.5/500, 2.5/1000 mg
Sitagliptin	Januvia® 50, 100 mg	Janumet XR® 50/1000 mg o generico
Insuline a durata d'azione ultra-lunga o coformulate		
Degludec	Tresiba®	
Glargin 300	Toujeo®	
Aspart/Degludec	Ryzodeg®	
Insuline ad azione ultra-rapida e ad azione rapida		
Aspart	Fiasp®	
Humalog	Lyumjev®	
Aspart	NovoRapid®	
Lispro	Humalog®	
Glulisin	Apidra®	

SGED/SSED Fattori di una buona gestione

- [ ]  **Controlli regolari di HbA1c, lipidi, pressione arteriosa, eGFR e ACR: (Rapporto albumina/creatinina):** almeno 1-4 volte all'anno (diabete mellito, ipertensione: >1 volta all'anno, eGFR: <60 ml/min e ACR > 3 mg/mmol: >1 volta all'anno

- [ ]  **Aumento dell'attività fisica:** > 150 min/settimana, ottimale 300–400 min/settimana oppure contapassi: molto buono > 8 000, buono 5 000–7 999, sufficiente 3 000–4 999, < 3 000 passi al giorno insufficiente

- [ ]  **Perdita di peso in caso di sovrappeso o obesità**

- [ ]  **Smettere di fumare e consulenza regolare per i fumatori:** almeno 3 volte all'anno

- [ ]  **Pressione arteriosa:** buona 120-129/70-80 mm Hg, sufficiente <140/90 mm Hg, se >130/80 mm Hg: terapia.
In presenza di sintomi e/o segni di insufficienza cardiaca, nonché in caso di diabete senza sintomi né segni di insufficienza cardiaca nei pazienti di età ≥ 60 anni: Misurazione di NT-proBNP / BNP

- [ ]  **Lipidi (LDL-C):** a seconda del rischio < 1,0 (rischio estremo), 1,4 (rischio molto elevato), 1,8 mmol/l (rischio elevato): ideale con terapia, diabete di tipo 2: la maggior parte dei pazienti presenta un rischio molto elevato o elevato, ma spesso l'obiettivo non viene raggiunto o non viene seguita alcuna terapia, trigliceridi >2,0 mM fattore di rischio aggiuntivo

- [ ]  **Malattia renale cronica:** controllo almeno annuale dell'eGFR e dell'albuminuria (con eGFR < 60 ml/min e ACR (Rapporto albumina/creatinina) >3 mg/mmol: 2-4 volte all'anno)

- [ ]  **Visita oculistica:** almeno ogni 2 anni, idealmente 1 volta all'anno o più spesso secondo le raccomandazioni dell'oftalmologo

- [ ]  **Esame dei piedi:** almeno 1 volta all'anno (monofilamento in 5 punti per piede, senso della vibrazione al 1° MTP, polso)

Ipertensione arteriosa: linee guida ESC 2024

Pressione arteriosa non elevata	Pressione arteriosa elevata	Ipertensione	Terapia
Pressione arteriosa in ambulatorio Pressione sistolica < 120 mm Hg e pressione diastolica < 70 mm Hg	**Pressione arteriosa in ambulatorio** Pressione sistolica 120-139 mm Hg e pressione diastolica 70-89 mm Hg	**Pressione arteriosa in ambulatorio** Pressione sistolica > 140 mm Hg e pressione diastolica > 90 mm Hg	Obiettivo della pressione sistolica durante il trattamento farmacologico: 120-129 mm Hg
Automisurazione Pressione sistolica < 120 mm Hg e pressione diastolica < 70 mm Hg	**Automisurazione** Pressione sistolica 120-135 mm Hg e pressione diastolica 70-85 mm Hg	**Automisurazione** Pressione sistolica > 135 mm Hg e pressione diastolica > 85 mm Hg	Diabete, prediabete o obesità: terapia in caso di pressione arteriosa > 130/80 mm Hg
Monitoraggio delle 24 ore Pressione sistolica < 115 mm Hg e pressione diastolica < 65 mm Hg	**Monitoraggio delle 24 ore** Pressione sistolica 115-129 mm Hg e pressione diastolica 65-79 mm Hg	**Monitoraggio delle 24 ore** Pressione sistolica > 130 mm Hg e pressione diastolica ≥ 80 mm Hg	Eccezione obiettivo terapeutico: ortostatismo > 20 (sistolica)/ >10 mm Hg (diastolica) e/ oppure età > 85 anni, aspettativa di vita < 3 anni

I valori della misurazione autonoma della pressione arteriosa a casa e i valori giornalieri durante il monitoraggio delle 24 ore sono identici.

2 diversi tipi di misurazione sono ottimali per l'adeguamento terapeutico.

Terapia: ipertensione arteriosa

Terapia di combinazione a basso dosaggio: 2 farmaci
ACE-inibitori/ARB o calcio-antagonisti o diuretici
Raccomandazione di classe I

Pressione arteriosa non a target dopo 1–3 mesi

Terapia tripla a basso dosaggio: 3 farmaci
ACE-inibitori/ARB + calcio-antagonisti + diuretici
Raccomandazione di classe I

Pressione arteriosa non a target dopo 1–3 mesi

Terapia tripla a dose massima tollerata: 3 farmaci
ACE-inibitori/ARB + calcio-antagonisti + diuretici
Raccomandazione di classe I

Pressione arteriosa non a target dopo 1–3 mesi

Ipertensione resistente
Invio allo specialista e controllo dell'aderenza
Aggiunta di antagonista dell'aldosterone
Raccomandazione di classe IIa

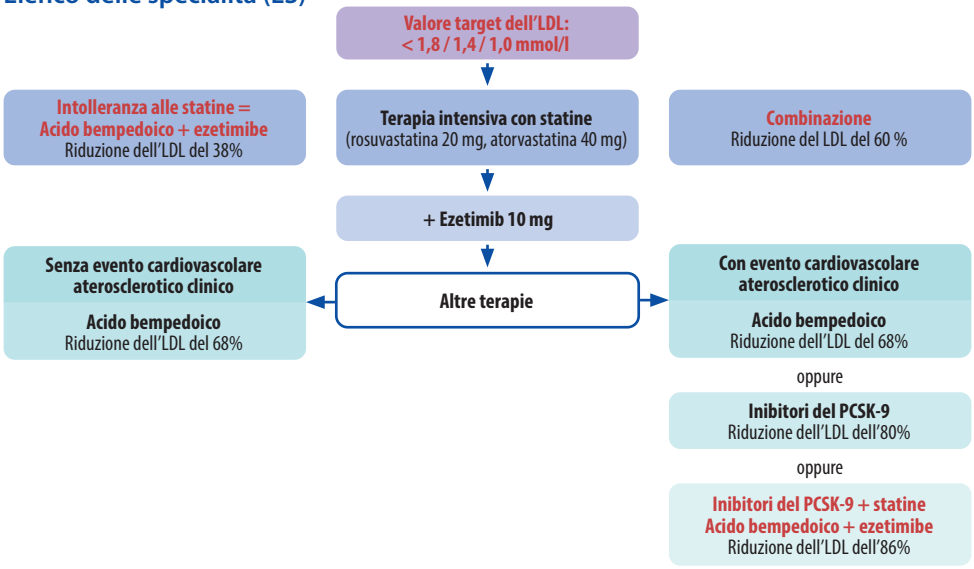
Aggiunta di beta-bloccante
in caso di angina pectoris, dopo infarto miocardico, in presenza di HFrEF o per il controllo della frequenza cardiaca
Raccomandazione di classe I

Lipidi: Linee guida ESC/EAS 2025

Rischio / Obiettivo di LDL-C	Score / Score OP	Criteri
Rischio basso **Obiettivo LDL-C: < 3 mmol/l**	< 2%	-
Rischio medio **Obiettivo LDL-C: < 2.6 mmol/l**	2 - < 10%	Pazienti giovani (T1D <35 anni, T2D <50 anni e durata del diabete <10 anni) senza fattori di rischio aggiuntivi
Rischio elevato **Obiettivo LDL-C: < 1.8 mmol/l**	10 - < 20%,	IC familiare senza fattori di rischio (FDR), IRC moderata (30–59 ml/min), FDR fortemente elevati (colesterolo totale > 8 mmol/l, LDL-C > 4,9 mmol/l, pressione arteriosa > 180/110 mm Hg), **diabete senza complicanze con durata del diabete ≥ 10 anni o FDR aggiuntivi**
Rischio molto elevato **Obiettivo LDL-C: < 1.4 mmol/l**	> 20%	Malattia cardiovascolare (prevenzione secondaria), IC familiare con MCV e FDR, IRC severa (< 30 ml/min), **diabete con complicanze e ≥ 3 FDR oppure DT1 con durata del diabete ≥ 20 anni**
Rischio estremo **Obiettivo LDL-C: < 1.0 mmol/l**	-	MCV ed evento recidivante in corso di statine a dose massimale, malattia polivascolare: coronaropatia e AOP (prevenzione secondaria)

Terapia: dislipidemia nel diabete di tipo 2

nei pazienti a rischio elevato, molto elevato ed estremo, incluse le limitazioni dell' Elenco delle specialità (ES)



Malattia Renale Cronica: KDIGO 2022 e 2024

MRC = eGFR < 60 ml/min/1,73 m²
per > 3 mesi[1]

e
o

MRC = albuminuria.
ACR > 3 mg/mmol
per > 3 mesi[1]

Categorie di albuminuria (ACR, mg/mmol)

eGFR (ml/min/1,73 m²)		A1 Normali < 3	A2 Microalbuminuria 3–30	A3 Macroalbuminuria > 30
G1	≥ 90			
G2	60–89			
G3a	45–59			
G3b	30–44			
G4	15–29			

- Rischio basso*
- Rischio moderato
- Rischio elevato
- Rischio molto elevato

* In assenza di altri segni di malattia renale, non vi è IRC.

Terapia: malattia renale cronica associata al diabete mellito

Trattamento di prima linea

Terapia aggiuntiva basata sul rischio

Terapia della MRC e del diabete

iSGLT-2 (se eGFR ≥ 20, fino alla dialisi o al Tx)

Metformina (se eGFR ≥ 30)

GLP-1 RA

ARM non steroideo (finerenone) se microalbuminuria e potassiemia normale

Insulina, per raggiungere il target di HbA1c

Terapia dell'ipertensione

Inibitori del SRA alla dose massima tollerata (se HTA)

Calcio-antagonista ± diuretico (per raggiungere il target pressorio)

ARM steroideo per HTA resistente, se eGFR ≥ 45

Terapia dell'iperlipidemia

Statina
Acido bempedoico

Ezetimibe, iPCSK-9, icosapent etile (↓rischio lipidico e CV)

Terapia: insufficienza cardiaca

HFrEF	HFpEF
LVEF < 50%	LVEF ≥ 50%
• **ACE-inibitore/ARB/ARNI** • **Beta-bloccante** • **Antagonista del recettore dei mineralcorticoidi (ARM)** • **Dapagliflozin/empagliflozin** • **Diuretici dell'ansa** (ritenzione idrica), **classe I**	• **Dapagliflozin/empagliflozin** • **Antagonisti dei recettori dei mineralcorticoidi (ARM)** • **Diuretici dell'ansa** (ritenzione idrica), **classe I**
• **Digossina** (LVEF > 45%), **classe IIa**	• **Semaglutide/tirzepatide** (obesità + LVEF >45%), **classe IIa**
• **Vericiguat** (Verquvo®) (LVEF <45%), **classe IIb**	• **ACE-inibitore, ARB o ARNI, classe IIb**

Punteggio di rischio cardiovascolare
(fattori di rischio modificabili)

Punteggio	HbA1c (%) 1–4 volte all'anno	Fumo	Pressione arteriosa (mm Hg) 1–4 volta all'anno	LDL-C (mmol/l) 1–2 volte all'anno	ACR (mg/mmol) 1–2 volte all'anno	eGFR (ml/min) 1–4 volte all'anno	BMI	Peso (kg) con BMI > 25	Passi/giorno	Retinopatia Neuropatia ≥ 1 volta all'anno
0	≥ 8.0	> 5 sigarette al giorno	≥ 140/90	≥ 1.5 > VT	> 300	< 15	> 35	Aumento	< 3 000	Cecità / Retinopatia proliferativa VS + MF: 0
1	7.0-7.9	< 5 sigarette al giorno	130-139/ 81-89	0.6-1.5 > VT	31-300	15-29	31-35	0-4.9	3 000- 4 999	Retinopatia grave non proliferativa VS 1–2/8
2	5.7-6.9	Ex fumatori	120-129/ 70-80	0.1-0.5 > VT	da 3 a 30	30-59	25-30	5-9.9	5 000- 7 999	Retinopatia non proliferativa VS: 3–6/8
3	< 5.7	Non fumatore	< 120/70	≤ valore target	< 3	≥ 60	< 25	≥ 10 o BMI < 25	≥ 8 000	Nessuna retinopatia o neuropatia

Ottimo:	**25-30 punti**
Buono:	**19-24 punti**
Sufficiente:	**13-18 punti**
Insufficiente:	**< 13 punti**

Valore target LDL-C: < 1.0 mM: rischio estremo, < 1.4 mM: rischio molto elevato, < 1.8 mM: rischio elevato

Se determinati valori non sono stati misurati: 0 punti
Retinopatia e neuropatia equivalenti (determinazione ASR, senso di vibrazione (VS) al 1° MTP e monofilamento (MF)

ACR: rapporto albumina/creatinina urinaria; DT2: diabete di tipo 2; eGFR: velocità di filtrazione glomerulare stimata; MRC: malattia renale cronica.

Referenze

• Gastaldi G, et al. Swiss Med Wkly. 2023;153:40060. • SSED Criteri per una «buona» gestione del diabete nelle cure primarie: https://www.sgedssed.ch/diabetologie/praxis-tools-fuer-die-grundversorgung • McEvoy JW, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. Eur Heart J. 2024;45(38):3912-4018 • Mach F, et al. 2025 Focused Update of the 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. Eur Heart J. 2025;46:4359–4378 • Rossing P, et al. KDIGO 2022 Clinical Practice Guideline for Diabetes Management in Chronic Kidney Disease. Kidney Int. 2022;102:990–999 • Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney Int. 2024 Apr;105(4S):S117-S314 • Køber L, et al. 2026 ESC Guidelines for the management of heart failure. Eur Heart J. 2026 Aug 28:ehag100 • McEvoy JW, et al. PREVENT equations for cardiovascular disease risk prediction in primary care. Eur Heart J. 2024;45:3912–4018 • Bourke E, et al. Prev Med Rep. 2024;46:102866. • Tadisghi I, et al. PLoS Med. 2025;22(11):e1004561 • PREVENT™ Online Calculator. American Heart Association. https://professional.heart.org/en/guidelines-and-statements/prevent-calculator • SCORE 2 Rechner (ampio database con paesi europei). https://agla.ch/de/rechner-und-tools/esc-score2-diabetes-rechner.

SGED SSED
Platinum Partners
2026

Abbott
AMGEN
ascendis pharma
AstraZeneca
Boehringer Ingelheim
Lilly
Roche
Rhythm
sanofi
novo nordisk

SGED - SSED | Rütistrasse 3a | CH-5400 Baden | Tel. 056 552 02 60 | office@sgedssed.ch