

SIMPOSIO

## L'altro diabete

### The other diabetes

**G. Beccuti**<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Dipartimento di Scienze Mediche, Università degli Studi di Torino.

Corresponding author: [guglielmo.beccuti@unito.it](mailto:guglielmo.beccuti@unito.it)

La forma di diabete mellito più frequente è rappresentata dal tipo 2 (DMT2), che interessa approssimativamente il 90% delle persone con diabete, mentre il diabete mellito tipo 1 (DMT1) costituisce circa il 5-10%, a seconda delle casistiche. La restante percentuale, non quantificabile con precisione per errori di classificazione o mancata diagnosi, è considerata “l'altro diabete”, un microcosmo complesso e variegato, su cui il presente simposio JAMD cercherà di far luce. Occorre premettere che oggettivamente le stime del DMT2 e T1 sono imprecise, a fronte della significativa misclassificazione di alcune forme di diabete, in particolare il diabete autoimmune nell'età adulta e il diabete monogenico, frequentemente etichettati come DMT2 in maniera errata. Sulla base di queste premesse, è verosimile immaginare che le reali percentuali siano diverse rispetto a quanto riportato dai manuali di medicina: 80% DMT2, 15% diabete autoimmune e 1-5% diabete monogenico e altre forme.

Con l'obiettivo di fornire aggiornamenti in ambito diagnostico-terapeutico sulle forme meno note di diabete mellito, la rassegna “altro diabete” raccoglierà i seguenti interventi: diabete mellito post-trapianto (PTDM), diabete autoimmune latente negli adulti (LADA), diabete secondario a malattie pancreatiche e diabete monogenico.

Il confronto si apre sulla tematica del PTDM, che offre un interessante spunto di riflessione sul trattamento non-insulinico off-label. Segue l'intervento sul LADA, che sottolinea la grande eterogeneità nella definizione e diagnosi, ma allo stesso tempo l'elevata sottostima di tale forma (GADA e/o IA-2 Ab positivi nel 5% di pazienti italiani con presunto DMT2, con conseguente riclassificazione della tipologia di diabete). Anche in questo caso, al pari del PTDM, si affrontano le terapie non-insuliniche con cui la comunità diabetologica è tenuta a confrontarsi, non solo per i validi presupposti fisiopatologici e il grado variabile di efficacia, ma soprattutto con l'obiettivo di semplificazione degli schemi insulinici e/o dei potenziali benefici extra-glicemici. In queste forme di diabete, l'impiego di DPP4i / GPL-1 RA / SGLT2i risulterebbe off-label, in quanto ancora privo di indicazione autorizzata in RCP, con conseguente onere economico a carico dell'assistito in accordo con la Legge 94/98. Si segnala, peraltro, che l'utilizzo off-label a carico del SSN o SSR, senza il consenso della Direzione Sanitaria aziendale, esporrebbe il medico alla responsabilità di danno erariale ai sensi dell'art. 1, comma 796 della Legge Finanziaria del 2006. Sarebbe auspicabile un dibattito all'interno della comunità diabetologica su questi aspetti normativi,



OPEN  
ACCESS



PEER-  
REVIEWED

**Citation** Beccuti G. L'altro diabete. JAMD 26:94-95, 2023

**DOI** 10.36171/jamd23.26.2.5

**Editor** Luca Monge, Associazione Medici Diabetologi, Italy

**Received** June, 2023

**Accepted** June, 2023

**Published** September, 2023

**Copyright** © 2023 G. Beccuti. This is an open access article edited by [AMD](#), published by [Idelson Gnocchi](#), distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](#), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

**Data Availability Statement** All relevant data are within the paper and its Supporting Information files.

**Funding** The Author received no specific funding for this work.

**Competing interest** The Author declares no competing interests.

al fine di identificare le modalità più appropriate di utilizzo dei farmaci “off-label”, ad esempio a carico del SSR e non del paziente, secondo i principi di efficacia terapeutica, essenzialità, e sostenibilità per il SSR, cercando di garantire un’uniformità di cura tra le varie Regioni.

Il contributo sul diabete secondario a malattie pancreatiche porta in discussione due forme di diabete estremamente rilevanti dal punto di vista clinico: il diabete pancreatogenico 3c (con particolare attenzione al new onset diabetes – NOD, campanello di allarme per l’associazione con il carcinoma duttale pancreatico) e il diabete secondario a immunoterapia (post-immunotherapy new onset diabetes – PINOD), evento avverso raro, ma da tenere in considerazione a fronte dell’impiego crescente dell’immunoterapia oncologica.

L’ultimo intervento propone una panoramica sul diabete monogenico (fino al 5% di tutte le forme di

DM), probabilmente di maggiore prerogativa degli specialisti in pediatria e ginecologia. In questo interessante capitolo si celebra la risurrezione delle sulfaniluree, che sul panorama italiano sono state escluse dalle Linee Guida SID/AMD per la gestione del DMT2, ma mantengono ancora uno spazio di utilizzo all’interno del diabete monogenico (in particolare diabete neonatale e MODY). In virtù delle indicazioni delle Linee Guida Italiane, ipotizzo che la progressiva deprescrizione delle sulfaniluree possa coinvolgere teoricamente anche casi di diabete monogenico misconosciuto, che andrebbero comunque considerati sulla base della storia clinica e della mancata risposta terapeutica ad altre classi farmacologiche.

Ringraziamo coloro che hanno partecipato al simposio contribuendo ad ampliare i nostri orizzonti nel mondo del diabete e ricordandoci che possiamo fare diagnosi solamente di ciò che conosciamo.