AACE - Linee guida 2026 sul diabete di tipo 2

Data 22 aprile 2026
Categoria metabolismo

L'American Association of Clinical Endocrinology ha aggiornato le linee guida sulla gestione del diabete di tipo 2 che sostituiscono le precedenti del 2023.

In questa pillola ci limitiamo a sintetizzare i principi generali di gestione della malattia. Le linee guida si sviluppano peraltro per algoritmi: prediabete, classificazione del diabete, gestione del rischio cardiovascolare e dell'ipertensione, controllo glicemico in presenza di comorbilità e in diabetici senza comorbilità, gestione della terapia insulinica, profilo dei farmaci antidiabetici e per l'obesità, vaccinazioni consigliate. Per ogni argomento le linee guida propongono un'utile infografica riassuntiva. Consigliamo ai lettori la lettura del documento originale liberamente consultabile al link segnalato in bibliografia.

Principi generali di gestione del diabete tipo 2

1. Lo stile di vita rappresenta la base di ogni terapia: attività fisica regolare, dieta sana, stop al fumo e riduzione dell'alcol, sonno adeguato e trattamento dei disturbi del sonno (apnea, insonnia), gestione di stress, disturbi dell'umore e problematiche psicologiche legate al peso.

2. L'eccesso di peso favorisce l'insulino-resistenza e tutte le complicanze le cardiometaboliche. Una perdita di peso ≥5% porta a un miglioramento metabolico; 10–15% o più → benefici cardiometabolici più ampi

3. La scelta dei farmaci non dipende solo dalla glicemia, ma soprattutto dalle malattie associate: scompenso cardiaco, malattia renale cronica,
malattia cardiovascolare aterosclerotica, rischio cardiovascolare elevato, steatosi epatica metabolica, apnea del sonno.

4. La terapia ideale deve essere bilanciata considerando costo, disponibilità, carico di farmaci (politerapia), aderenza del paziente

5. Gli obiettivi glicemici vanno individualizzati. Target generale per molti pazienti: HbA1c ≤6,5% se sicuro. Ridurre l'intensità del target se rischio di ipoglicemia, fragilità o anziani, lunga durata di malattia, malattia cardiovascolare o renale avanzata, disturbi cognitivi o psicologici, aspettativa di vita ridotta.

6. Per il monitoraggio oltre all'HbA1c si usano: glicemia a digiuno e post-prandiale e monitoraggio continuo del glucosio.
Obiettivi principali: Time in range (70–180 mg/dL) >70%, ipoglicemia <4% del tempo, ipoglicemia severa quasi assente, variabilità glicemica bassa.

7. Importante evitare l'inerzia terapeutica: rivalutare ogni 3 mesi, intensificare rapidamente la terapia se non a target, in alcuni casi iniziare subito combinazioni di farmaci. Concetto chiave: raggiungere il target il prima possibile

8. L'ipoglicemia (<70 mg/dL) è associata a eventi avversi e mortalità.
Farmaci con basso rischio ipoglicemico (preferiti): metformina, GLP-1 RA, SGLT2 inibitori, DPP-4 inibitori, GIP/GLP-1 RA, glitazoni.
Farmaci a rischio: sulfaniluree, insulina

9. Il monitoraggio continuo del glucosio è fortemente raccomandato: migliora il controllo glicemico, riduce le ipoglicemie, aumenta il tempo in range. Utile soprattutto in terapia insulinica

10. Il diabete va trattato insieme alle sue complicanze: ipertensione, dislipidemia, danno renale, retinopatia, neuropatia, piede diabetico,
malattia vascolare periferica.

RenatoRossi

Bibliografia

Samson SL, Vellanki P, Blonde L, Hirsch IB, Hoang TD, Isaacs SD, Izuora KE, Low Wang CC, Ooi CP, Padilla BI, Schulman-Rosenbaum R, Twining CL, Umpierrez GE, Valencia WM. American Association of Clinical Endocrinology Consensus Statement: Algorithm for Management of Adults With Type 2 Diabetes - 2026 Update. Endocr Pract. 2026 Apr;32(4):473-518. doi: 10.1016/j.eprac.2026.01.006. Epub 2026 Mar 17. PMID: 41842862.

www.endocrinepractice.org/article/S1530-891X(26)00022-4/fulltext