LIFE Science Hub
JOURNAL OF SCIENCE
EXPANDING KNOWLEDGE ABOUT NUTRITION AND HEALTH

ORIGINAL RESEARCH
ISSN 2845-7269

2. Diagnosi e classificazione del diabete: Standard di cura nel diabete-2026. - Revisione delle prove

Dott. A. Conte[1]

1 Biologo Nutrizionista, Italy

1. ABSTRACT

La pubblicazione analizzata è un documento annuale di standard clinici dell'American Diabetes Association (ADA), non uno studio sperimentale su pazienti. Il suo scopo è definire criteri aggiornati per la diagnosi e la classificazione del diabete. Nel materiale disponibile è presente il solo abstract; esso conferma la natura di raccomandazione clinica del documento, ma non riporta direttamente soglie diagnostiche, dati quantitativi, metodi di ricerca bibliografica o risultati sperimentali.Nel capitolo sulla glicemia a digiuno, "La scelta di Vivere in Salute o in Malattia" del Dott. A. Colonnese e R. Panzironi richiama questa pubblicazione per due messaggi: la classificazione dei valori di glicemia plasmatica a digiuno e la necessità di confermare risultati diagnostici anomali in assenza di sintomi. La letteratura indipendente sostiene che la glicemia a digiuno pari o superiore a 126 mg/dL è un criterio molto specifico, ma può non individuare tutti i casi rilevati da altri test. Inoltre, l'emoglobina glicata è utile ma può risultare meno affidabile quando la vita dei globuli rossi è alterata. L'insieme delle prove sostiene una conferma moderata della narrazione: i valori soglia hanno una solida funzione clinica, mentre la scelta del test richiede attenzione al contesto individuale.

ONLINE ARTICLE

ARTICLE INFORMATION

Published: November 11, 2026
Updated: November 11, 2026

DOI 10.5281/zenodo.24140953

MISSION

LIFE Science Hub – Journal of Science nasce con l'obiettivo di rendere accessibile il sapere scientifico senza rinunciare a rigore metodologico, qualità delle fonti e autorevolezza dei contenuti. La rivista promuove la diffusione della conoscenza nelle scienze della salute, della nutrizione, della medicina e della longevità, creando un ponte tra il mondo della ricerca e la società.

Attraverso articoli, revisioni, approfondimenti e contributi di esperti, il Journal valorizza la medicina e la scienza basate sulle evidenze, favorendo una corretta interpretazione dei dati scientifici e contrastando la disinformazione. Ogni contenuto è sviluppato con l'obiettivo di tradurre la complessità della ricerca in informazioni comprensibili, utili e applicabili, mantenendo intatti i principi di accuratezza, trasparenza e indipendenza scientifica.

Libera da condizionamenti politici, industriali e commerciali, la rivista si propone come uno spazio editoriale autorevole e indipendente, dedicato alla promozione della cultura scientifica, dell'aggiornamento professionale e della crescita della consapevolezza sanitaria nella popolazione.

2. STUDIO ANALIZZATO

La domanda affrontata dalla pubblicazione è quali criteri debbano essere impiegati nella pratica clinica per riconoscere e classificare il diabete. L'ipotesi implicita è che criteri condivisi, aggiornati e applicati correttamente permettano diagnosi più coerenti e una migliore valutazione della qualità dell'assistenza.La pertinenza con il paragrafo del libro è precisa. "La scelta di Vivere in Salute o in Malattia" del Dott. A. Colonnese e R. Panzironi utilizza il documento per inquadrare la glicemia plasmatica a digiuno, cioè la concentrazione di glucosio nel sangue dopo almeno otto ore senza assumere cibo, come criterio diagnostico e per ricordare che un risultato anomalo senza sintomi evidenti richiede normalmente conferma.Essendo una linea guida, la pubblicazione può stabilire raccomandazioni e riassumere l'interpretazione delle evidenze disponibili. Non può però, da sola, dimostrare che una singola misurazione descriva integralmente il metabolismo del glucosio di una persona né stabilire la causa di un valore elevato in uno specifico individuo.

3. MATERIALI E METODI DELLO STUDIO ORIGINALE

Il materiale disponibile consiste esclusivamente nell'abstract. Da questo risulta che il documento fa parte degli "Standards of Care in Diabetes" dell'ADA ed è aggiornato annualmente, o più spesso quando necessario, da un comitato interdisciplinare di esperti.Non è uno studio clinico con partecipanti arruolati, gruppo di controllo, intervento, follow-up o endpoint clinici propri. La numerosità della popolazione, i criteri di inclusione ed esclusione, il periodo di raccolta dei dati, le tecniche di laboratorio, le analisi statistiche e i valori quantitativi non sono riportati nel materiale disponibile.L'abstract rimanda a una sezione separata di introduzione e metodologia per la descrizione del sistema di valutazione delle prove. Poiché tale testo completo non è disponibile nell'input, il processo dettagliato di ricerca, selezione e graduazione delle evidenze non può essere descritto oltre questa informazione.

4. RISULTATI

L'abstract non presenta risultati sperimentali, confronti statistici, misure di accuratezza diagnostica o dati raccolti in una coorte. Riporta invece che gli standard ADA intendono fornire componenti dell'assistenza, obiettivi generali di trattamento, linee guida e strumenti per valutare la qualità delle cure.Le soglie riportate nel paragrafo del libro — valore inferiore a 100 mg/dL come normale, valore compreso tra 100 e 125 mg/dL come alterata glicemia a digiuno e valore pari o superiore a 126 mg/dL come compatibile con diabete — non sono riportate nell'abstract disponibile. Perciò non è possibile attribuire tali dettagli quantitativi direttamente al materiale testuale analizzato.La successiva edizione indipendente degli standard ADA, disponibile integralmente, mantiene l'uso della glicemia a digiuno, dell'emoglobina glicata e del test orale di tolleranza al glucosio tra gli strumenti diagnostici; raccomanda inoltre una conferma in assenza di iperglicemia inequivocabile, cioè di un aumento del glucosio chiaramente associato a manifestazioni cliniche acute [1]. Questo conferma il significato clinico del passaggio richiamato nel libro, pur non sostituendo la verifica diretta del testo completo dell'edizione 2026.

5. INTERPRETAZIONE

Per un lettore non tecnico, il messaggio essenziale è che la glicemia a digiuno è una misura utile e standardizzata, ma non è una fotografia completa di tutte le oscillazioni del glucosio durante la giornata. Un valore alto può segnalare diabete; quando però non vi sono sintomi chiari, ripetere l'esame o usare un differente test riduce il rischio che una variazione occasionale diventi automaticamente una diagnosi.Il segmento della narrazione del libro sostenuto dalla pubblicazione oggetto della Revisione delle prove è quindi clinico-diagnostico: glicemia a digiuno confronto con soglie convenzionali eventuale conferma del risultato anomalo. Il documento non dimostra che la glicemia a digiuno sia il miglior test in ogni persona, né che un valore normale escluda qualsiasi alterazione del metabolismo glucidico.La ricerca indipendente rende questa distinzione più concreta. In una metanalisi di accuratezza diagnostica, la glicemia a digiuno pari o superiore a 126 mg/dL ha mostrato una sensibilità del 49%, cioè ha identificato

circa metà dei casi definiti dal test di confronto, ma una specificità del 98%, cioè ha classificato correttamente come non diabetica la grande maggioranza delle persone senza diabete secondo quel riferimento [2]. In altre parole, un valore elevato è informativo, mentre un singolo valore non elevato non è sempre sufficiente a escludere un'alterazione rilevata con altri strumenti.

6. EVIDENZE INDIPENDENTI DI CONFERMA

Un'edizione precedente e indipendente degli standard ADA conferma direttamente il nucleo clinico della frase del libro. Indica che glicemia a digiuno, glicemia dopo test orale di tolleranza al glucosio ed emoglobina glicata sono tutti strumenti appropriati per lo screening e la diagnosi. Precisa inoltre che, in assenza di iperglicemia inequivocabile, la diagnosi richiede una conferma. Si tratta di una linea guida, quindi non di una prova sperimentale primaria, ma è una conferma diretta e rilevante della regola diagnostica descritta [1].La metanalisi a rete di Duong e collaboratori ha riunito 73 studi che confrontavano glicemia a digiuno, emoglobina glicata e loro combinazione con la glicemia misurata due ore dopo un carico orale di glucosio. La glicemia a digiuno di almeno 126 mg/dL ha avuto sensibilità aggregata di 0,49, con intervallo credibile al 95% da 0,43 a 0,55, e specificità di 0,98, con intervallo credibile da 0,97 a 0,98. Questo conferma il passaggio del libro secondo cui la glicemia a digiuno è utile come test semplice e affidabile per confermare molti casi, ma non esaurisce la valutazione metabolica. Il limite è che il test orale è stato usato come riferimento e le popolazioni incluse erano eterogenee [2].Per la parte del paragrafo dedicata all'emoglobina glicata, la revisione sistematica di English e collaboratori fornisce una conferma indipendente del fatto che il risultato debba essere interpretato nel contesto clinico. In 12 studi, la carenza di ferro, con o senza anemia, si associava a valori di emoglobina glicata più elevati senza un concomitante aumento degli indici di glucosio. Al contrario, alcune anemie non dovute a carenza di ferro potevano associarsi a valori più bassi. Il dato sostiene l'avvertenza del libro: quando il ricambio dei globuli rossi cambia, l'emoglobina glicata può non riflettere con precisione l'esposizione reale al glucosio. La certezza resta moderata perché le prove disponibili erano limitate e non uniformi [3].

7. EVIDENZE DISCORDANTI

Non sono state individuate evidenze direttamente discordanti sufficientemente pertinenti rispetto alle soglie cliniche e alla necessità di confermare un risultato anomalo in assenza di sintomi; ciò non dimostra l'assenza di risultati contrari.Esiste tuttavia una rilevante evidenza di contesto che limita l'idea di una superiorità universale della glicemia a digiuno. Wang e collaboratori hanno analizzato cinque coorti indipendenti, per un totale di 11.968 partecipanti, e hanno osservato che la glicemia a un'ora dal carico orale di glucosio discriminava il diabete meglio della combinazione di glicemia a digiuno ed emoglobina glicata. Nell'analisi aggregata, l'area sotto la curva era 0,97 contro 0,85; valori più vicini a 1 indicano una migliore capacità di distinguere i casi. Questa evidenza non contesta le soglie della glicemia a digiuno, ma suggerisce che altri test possano individuare alterazioni prima o con maggiore sensibilità in alcuni contesti [4].

8. QUADRO COMPARATIVO E SINTESI DELLE EVIDENZE

La tabella distingue il documento oggetto della revisione dalle pubblicazioni indipendenti utilizzate per valutare il passaggio diagnostico del libro.

Quadro comparativo

Riferimento	Tipo di studio	Popolazione o modello	Risultato principale	Direzione dell'evidenza	Forza dell'evidenza
Studio originale	Linea guida clinica; nel materiale disponibile solo abstract	Non applicabile	Descrive la funzione degli standard ADA, ma l'abstract non riporta soglie, dati clinici o analisi quantitative	evidenza biologicamente coerente	moderata
[1]	Linea guida clinica	Raccomandazioni ADA basate sulla valutazione delle evidenze	Conferma criteri glicemici multipli e conferma diagnostica in assenza di iperglicemia inequivocabile	conferma diretta	moderata
[2]	Revisione sistematica e metanalisi a rete	73 studi di accuratezza diagnostica	FPG ≥126 mg/dL: sensibilità 0,49 e specificità 0,98 rispetto all'OGTT	conferma diretta	moderata
[3]	Revisione sistematica	12 studi in adulti senza diabete noto	Carenza di ferro associata ad aumento spurio di HbA1c; alcune altre anemie a riduzione	conferma indiretta	moderata

9. SINTESI EDITORIALE E CONCLUSIONI

CONCLUSIONI

La pubblicazione analizzata è pertinente al paragrafo perché rappresenta un riferimento normativo per l'uso diagnostico della glicemia a digiuno e per la conferma dei risultati anomali quando non sono presenti sintomi evidenti. Il materiale disponibile, essendo limitato all'abstract, non permette di verificare direttamente tutte le soglie riportate nel libro.Le evidenze indipendenti sostengono moderatamente la narrazione: la glicemia a digiuno è particolarmente utile per la sua elevata specificità, ma non individua tutti i casi rilevabili mediante altri test. L'emoglobina glicata offre informazioni complementari, ma richiede interpretazione prudente nelle condizioni che modificano il ricambio dei globuli rossi. Una valutazione clinica completa resta basata sull'integrazione ragionata di test, sintomi e contesto individuale.

Aggiornato al 17/11/2026. Questo contenuto riflette una sintesi divulgativa delle evidenze scientifiche al momento della pubblicazione e non sostituisce il parere medico.

10. TRASPARENZA E RESPONSABILITÀ SCIENTIFICA

L'Intelligenza Artificiale è stata impiegata esclusivamente come strumento di supporto editoriale e documentale. Tutti i contenuti, le interpretazioni, le citazioni bibliografiche e le conclusioni sono stati verificati, revisionati e approvati dall'autore, che ne assume la piena responsabilità scientifica.

Il manoscritto è stato inoltre sottoposto a revisione tra pari (peer review) indipendente prima della pubblicazione.

Per garantire la massima trasparenza, la cronologia completa dell'articolo, comprensiva delle date di sottomissione, revisione, accettazione e pubblicazione, nonché delle informazioni sul processo di peer review, è disponibile nella

pagina dedicata alla Storia dell'articolo.

11. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

[1] **2. Diagnosis and Classification of Diabetes: Standards of Care in Diabetes—2025**
ElSayed et al., 2025
Diabetes Care
DOI: https://doi.org/10.2337/dc25-S002

[2] **Comparison of diagnostic accuracy for diabetes diagnosis: A systematic review and network meta-analysis**
Duong et al., 2023
Frontiers in Medicine
DOI: https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1016381

[3] **The effect of anaemia and abnormalities of erythrocyte indices on HbA1c analysis: a systematic review**
English et al., 2015
Diabetologia
DOI: https://doi.org/10.1007/s00125-015-3599-3

[4] **Superiority of 1 h plasma glucose vs fasting plasma glucose, 2 h plasma glucose and HbA1c for the diagnosis of type 2 diabetes**
Wang et al., 2026
Diabetologia
DOI: https://doi.org/10.1007/s00125-025-06632-y