

Settembre 2026



Diabete, obesità e stili di vita:

Come le Regioni italiane affrontano il diabete



Editore



ALTIS Omnia Pharma Service S.r.l

Sede Istituzionale:

Piazza San Silvestro, 8 – 00187 Roma

Sede Operativa:

Via Giosuè Carducci, 125/B –
20099 Sesto San Giovanni – Milano

info@altis-ops.it

www.altis-ops.it

Direttore Responsabile

Marcello Portesi

Vice Direttore

Stefano Del Missier

Segreteria di Redazione

Ivana Marcon

Design e Illustrazioni

Aronne Nembrini

Con il contributo non condizionante di:



Stampato nel mese di settembre 2026

Indice

01

INTRODUZIONE

Marcello Portesi

04

02

IL DIABETE COME SFIDA SISTEMICA DEL SERVIZIO SANIOTARIO NAZIONALE

Stefano Del Missier

05

03

IL DIABETE COME PARADIGMA DELLA GOVERNANCE DELLE CRONICITÀ

Salvatore A. De Cosmo, Raffaella Buzzetti

07

04

ESPERIENZE REGIONALI

Redazione Rh+

09

05

CONCLUSIONI

Andrea Monti

11

Marcello Portesi, direttore responsabile di Rh+

Diabete e obesità rappresentano oggi due delle principali sfide per i Sistemi Sanitari Regionali. La loro crescente diffusione, l'impatto sulla qualità della vita delle persone e il peso economico che determinano in termini di costi diretti e indiretti impongono una riflessione che vada oltre la dimensione strettamente clinica. Si tratta, sempre più chiaramente, di questioni di politica sanitaria e di governance, rispetto alle quali le Regioni sono chiamate ad esercitare un ruolo decisivo.

Questo numero monografico di Rh+ Regional health affronta il tema partendo da una convinzione di fondo: bisogna garantire un accesso equo e uniforme alle opportunità di prevenzione, diagnosi, cura e monitoraggio, costituendo una priorità strategica per il Servizio Sanitario. Tuttavia, l'analisi delle esperienze regionali mostra come persistano differenze significative nell'organizzazione dei percorsi assistenziali, nell'accesso alle innovazioni terapeutiche e tecnologiche e nella capacità di sviluppare modelli integrati di presa in carico.

Per comprendere meglio queste dinamiche, il numero propone un approfondimento su realtà territoriali selezionate non per costruire una graduatoria di performance, ma per evidenziare approcci, criticità e opportunità differenti. Il "carotaggio" regionale qui presentato intende quindi offrire uno spaccato utile a comprendere come le scelte politiche e organizzative possano incidere concretamente sulla capacità dei sistemi sanitari di rispondere ai bisogni dei cittadini.

Le evidenze epidemiologiche e l'entità delle risorse assorbite da diabete e obesità suggeriscono la necessità di un salto di paradigma. Non è più sufficiente intervenire sui singoli segmenti dell'assistenza ma occorre promuovere una visione sistemica che integri prevenzione, diagnosi precoce, trattamento, monitoraggio e continuità delle cure.

Una prospettiva che richiede una maggiore attenzione politica a livello regionale e che potrebbe trovare espressione anche nella costituzione, all'interno dei Consigli regionali, di organismi trasversali di confronto ed indirizzo capaci di favorire l'elaborazione di politiche più coerenti con la domanda assistenziale generata da queste patologie.

L'innovazione tecnologica offre, in questo contesto, opportunità rilevanti. I sistemi di monitoraggio in continuo della glicemia, ad esempio, hanno mostrato il loro potenziale nel migliorare il controllo della malattia e gli esiti clinici. Una riflessione sull'estensione e sull'armonizzazione dei criteri di accesso a tali strumenti appare quindi parte integrante del dibattito sull'equità e sull'appropriatezza delle cure.

Nessun cambiamento strutturale può però realizzarsi senza un confronto stabile con tutti gli attori coinvolti. Per questo, il presente numero valorizza il dialogo con la comunità scientifica, le associazioni dei pazienti e il

mondo dell'advocacy, nella convinzione che processi di stakeholder engagement autentici possano contribuire a generare decisioni più informate, condivise ed efficaci.

L'esperienza delle regioni prese in considerazione dalla nostra testata offre dunque l'occasione per interrogarsi non soltanto su come vengono oggi affrontati diabete e obesità, ma soprattutto su come costruire, a partire dai territori, una risposta sanitaria più equa, integrata e orientata al futuro.



02

Il diabete come sfida sistemica del Servizio Sanitario Nazionale

a cura di **Stefano Del Missier**, Manager sanitario e vice-direttore Rh+

INTRODUZIONE

Il diabete è ormai una delle prove più impegnative per il Servizio Sanitario Nazionale. Non perché manchino conoscenze, terapie o tecnologie, ma perché questa patologia obbliga il sistema a confrontarsi contemporaneamente con molte delle sue principali criticità: l'invecchiamento della popolazione, la crescita delle cronicità, la pressione sulla spesa sanitaria, le disuguaglianze territoriali e la difficoltà d'integrare ospedale e territorio, nonché prevenzione e innovazione. Per lungo tempo il diabete è stato considerato prevalentemente una questione specialistica. Oggi questa lettura non è più sufficiente. La sua diffusione crescente, il peso delle complicanze cardiovascolari, renali e neurologiche, l'impatto sulla qualità della vita delle persone e sulle famiglie impongono un cambio di prospettiva. Il diabete non è soltanto una malattia da curare: è uno degli indicatori più efficaci della capacità di un Sistema Sanitario di programmare, prevenire, prendere in carico e misurare gli esiti nel tempo. In questo senso, parlare di diabete significa parlare di politica sanitaria, interrogarsi su come il Servizio Sanitario Nazionale intenda affrontare la stagione delle cronicità che caratterizzerà i prossimi decenni e chiedersi se siamo ancora in grado di governare il cambiamento o se ci stiamo limitando a rincorrerlo. La questione emerge con particolare evidenza quando si affronta il tema della sostenibilità. Il diabete genera costi diretti e indiretti molto rilevanti. Per esempio, ai costi sanitari legati a

Il diabete non è soltanto una malattia da curare: è uno degli indicatori più efficaci della capacità di un Sistema Sanitario di programmare, prevenire, prendere in carico e misurare gli esiti nel tempo.

farmaci, dispositivi, visite, ricoveri e gestione delle complicanze si sommano quelli sociali caratterizzati da: perdita di produttività, disabilità, bisogno assistenziale e carico sulle famiglie.

È evidente che un sistema che interviene prevalentemente quando la patologia si è già evoluta non può essere sostenibile nel medio-lungo periodo.

La sostenibilità, tuttavia, non può essere ridotta solamente ad una logica di contenimento della spesa. Nel diabete, come in gran parte delle patologie croniche, il risparmio apparente ottenuto rinviando l'accesso a tecnologie innovative, percorsi strutturati o programmi di prevenzione rischia di trasformarsi in un costo molto più elevato negli anni successivi. Ogni complicanza evitabile rappresenta infatti non soltanto un fallimento clinico, ma anche un fallimento organizzativo.

È proprio osservando il diabete che diventa evidente come la sostenibilità si costruisca prima delle complicanze, e non dopo. Questo richiede una diversa cultura della programmazione sanitaria, capace di spostare l'attenzione dalla singola prestazione agli esiti prodotti, dal costo immediato al valore generato nel tempo, dalla gestione episodica alla presa in carico continuativa.

Il diabete, inoltre, evidenzia un altro tema cruciale per il futuro del nostro Sistema Sanitario: quello delle disuguaglianze. La malattia mostra con particolare chiarezza quanto le condizioni sociali incidano sulla salute delle persone. Sedentarietà, alimentazione non equilibrata, obesità, povertà educativa e minore accesso ai servizi sanitari di prossimità, aumentano il rischio di sviluppare la patologia e rendono più difficile la sua gestione quotidiana.

A queste differenze sociali si aggiungono poi quelle organizzative. Le esperienze regionali dimostrano come esistano ancora modelli molto differenti nell'accesso alla specialistica, ai dispositivi, alla telemedicina e ai percorsi

Sedentarietà, alimentazione non equilibrata, obesità, povertà educativa e minore accesso ai servizi sanitari di prossimità, aumentano il rischio di sviluppare la patologia e rendono più difficile la sua gestione quotidiana.

di prevenzione. In alcuni territori il paziente incontra una rete strutturata e integrata, in altri continua a confrontarsi con sistemi frammentati nei quali molto dipende dall'iniziativa dei singoli professionisti o dalla capacità organizzativa delle strutture locali.

Questa variabilità rappresenta una delle principali sfide per il SSN. L'universalismo non si misura infatti soltanto nell'esistenza formale di un diritto, ma nella possibilità concreta che quel diritto possa essere esercitato con modalità omogenee su tutto il territorio nazionale.

In questo scenario, il PNRR ha rappresentato una straordinaria occasione di cambiamento. Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali e telemedicina possono costituire l'infrastruttura sulla quale costruire nuovi modelli di gestione delle cronicità. Tuttavia, le infrastrutture da sole non bastano. Il rischio è quello di realizzare luoghi nuovi continuando ad utilizzare processi organizzativi pensati per una sanità che non esiste più.

Il diabete può diventare un banco di prova particolarmente interessante per verificare la capacità del territorio di assumere un ruolo realmente centrale nella presa in carico. La sfida non consiste semplicemente nell'avvicinare i servizi ai cittadini, ma nel creare reti assistenziali capaci di integrare medicina generale, specialistica, professioni sanitarie, farmacie dei servizi, associazioni dei pazienti e strumenti digitali all'interno di percorsi condivisi.

In questo percorso, l'innovazione rappresenta una risorsa decisiva. La diabetologia è uno degli ambiti nei quali l'evoluzione tecnologica e farmacologica ha prodotto i risultati più significativi degli ultimi anni. Sistemi di monitoraggio continuo della glicemia, microinfusori, telemonitoraggio e nuove terapie hanno modificato profondamente le possibilità di cura e di prevenzione delle complicanze.

Ma anche in questo caso emerge la questione della governance. Infatti l'innovazione non produce automaticamente equità, se non viene accompagnata da criteri di appropriatezza, modelli di valutazione adeguati e politiche capaci di garantirne l'accesso uniforme, rischia di ampliare le differenze anziché ridurle. Lo stesso vale per i dati. Il diabete è probabilmente una delle patologie che genera la maggiore quantità d'informazioni cliniche nella pratica quotidiana.

Eppure il Sistema Sanitario continua ad utilizzare solo una parte del potenziale conoscitivo disponibile. Fascicolo Sanitario Elettronico, Real World Data, registri di patologia e stru-

menti di analisi avanzata possono contribuire a migliorare la programmazione e la valutazione degli esiti, perché ciò avvenga, tuttavia, occorre sviluppare una vera cultura del dato, capace di mettere in relazione mondo clinico, organizzazioni e decisioni di policy.

La questione, in fondo, non riguarda soltanto il diabete. Riguarda la capacità del Servizio Sanitario Nazionale di affrontare la grande sfida delle cronicità che accompagnerà il Paese nei prossimi decenni. Se non saremo in grado di costruire modelli sostenibili, integrati e orientati agli esiti per una patologia che conosciamo bene e per la quale disponiamo di competenze, tecnologie e strumenti organizzativi avanzati, sarà difficile immaginare di poter governare sfide ancora più complesse.

Per questo il diabete rappresenta oggi uno dei più importanti banchi di prova delle politiche sanitarie italiane, sia a livello centrale che a livello locale. Non soltanto per ciò che ci dice

sulla malattia, ma anche per ciò che ci insegna sul futuro del Sistema Sanitario che stiamo costruendo.

I diabete rappresenta oggi uno dei più importanti banchi di prova delle politiche sanitarie italiane, sia a livello centrale che a livello locale. Non soltanto per ciò che ci dice sulla malattia, ma anche per ciò che ci insegna sul futuro del Sistema Sanitario che stiamo costruendo.



03

Un paradigma della governance delle cronicità

a cura di **Salvatore A. De Cosmo**, Direttore della Struttura Complessa di Medicina Interna-Endocrinologia, IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, San Giovanni Rotondo.

Raffaella Buzzetti, Professoressa Ordinaria di Endocrinologia, Sapienza Università di Roma; Direttrice della UOC di Diabetologia, AOU Policlinico Umberto I, Roma.

Il diabete è una patologia cronica, progressiva e complessa, ma è anche una delle condizioni nelle quali la medicina contemporanea ha mostrato con maggiore chiarezza il valore dell'innovazione clinica, tecnologica e organizzativa. Oggi disponiamo di strumenti capaci di migliorare il controllo metabolico, ridurre il rischio di complicanze, personalizzare le terapie e rendere il paziente più consapevole nella gestione quotidiana della malattia. Eppure, proprio questa ricchezza di possibilità rende evidente un punto essenziale: nel diabete non basta avere buone terapie, occorre un sistema di cura capace di accompagnare la persona nel tempo, adattando gli interventi all'evoluzione della malattia, alle condizioni sociali, all'età, alle comorbidità e alla capacità del paziente di utilizzare correttamente strumenti e informazioni.

La diabetologia moderna non può quindi essere ridotta alla prescrizione, è una disciplina che vive di relazione, educazione terapeutica, monitoraggio, multidisciplinarietà e continuità assistenziale. Per questo il diabete rappresenta un paradigma della governance delle cronicità: mostra cosa accade quando il sistema funziona, ma anche dove si creano fratture quando i percorsi non sono integrati.

DAL SINGOLO EPISODIO AL PERCORSO DI CURA, I RUOLI DEGLI ATTORI IN GIOCO

La gestione efficace del diabete richiede il superamento di una logica episodica dell'assistenza ad oggi ancora molto presente. La visita specialistica resta fondamentale, ma non può essere l'unico momento in cui il sistema incontra la persona. I PDTA non devono essere considerati semplici documenti amministrativi ma devono essere utili solo se diventano pratica clinica quotidiana, definendo responsabilità, tempi, criteri di invio, modalità di follow-up

La gestione efficace del diabete richiede il superamento di una logica episodica dell'assistenza ad oggi ancora molto presente. La visita specialistica resta fondamentale, ma non può essere l'unico momento in cui il sistema incontra la persona.

e strumenti di comunicazione tra professionisti. Il paziente diabetico ha bisogno di un percorso riconoscibile, non di una somma di prestazioni. Quando tutti i professionisti lavorano dentro un modello condiviso, la presa in carico diventa più efficace e il rischio di complicanze si riduce. Se invece ciascun attore opera in modo separato, il paziente è costretto a fare da raccordo tra pezzi del sistema che non dialogano. Uno degli snodi più delicati riguarda il rapporto tra medicina generale e specialistica diabetologica. Il diabete è troppo diffuso per essere gestito esclusivamente dai centri specialistici, ma, allo stesso tempo, troppo complesso per essere affidato ad una gestione indistinta e non strutturata. Serve un equilibrio maturo, fondato sulla stratificazione del rischio e sulla chiarezza dei ruoli.

La medicina generale è decisiva nell'intercettazione precoce, nel monitoraggio dei pazienti a minore complessità, nella promozione degli stili di vita, nell'aderenza terapeutica e nell'identificazione tempestiva dei segnali di peggioramento. La specialistica diabetologica è invece indispensabile nei casi più complessi, dall'impostazione terapeutica, alla gestione delle tecnologie, alle complicanze e alle fasi di transizione clinica.

La collaborazione tra questi due livelli non può dipendere soltanto dalla buona volontà dei

professionisti, deve essere sostenuta da strumenti organizzativi, piattaforme digitali condivise, criteri di accesso chiari e momenti strutturati di confronto. Solo così è possibile evitare sia il sovraccarico dei centri diabetologici sia il rischio di lasciare soli i pazienti sul territorio.

DAL SINGOLO EPISODIO AL PERCORSO DI CURA, I RUOLI DEGLI ATTORI IN GIOCO

Molto importante, in questo contesto, è lo spazio che viene dedicato alle recenti innovazioni tecnologiche. Le tecnologie per il diabete hanno infatti cambiato profondamente la pratica clinica. Il monitoraggio continuo del glucosio, i sistemi integrati con microinfusori, le penne intelligenti, le piattaforme digitali e la telemedicina offrono nuove possibilità di personalizzazione della cura. I benefici possono essere rilevanti dal punto di vista di un migliore controllo glicemico, di una riduzione delle ipoglicemie, una maggiore sicurezza e una maggiore autonomia del paziente con un conseguente aumento della qualità della vita. Ma l'innovazione tecnologica richiede appropriatezza. Non basta rendere disponibile un dispositivo, occorre individuare i pazienti che possano beneficiarne, garantendo loro formazione, e allo stesso tempo monitorarne l'utilizzo, valutando gli outcome e aggiornando periodicamente i criteri di accesso alla luce delle evidenze scientifiche. Questo vale in particolare per l'estensione dei sistemi di monitoraggio continuo ai pazienti con diabete di tipo 2, inclusi quelli in terapia insulinica basale o con profili di rischio specifici. Le evidenze più recenti spingono verso un ampliamento ragionato dell'accesso, ma questo passaggio deve essere accompagnato da percorsi educativi e da una governance clinica capace di evitare sia il sottoutilizzo sia l'uso improprio. L'ap-

proprietà, in questo senso, non è un freno all'innovazione, è la condizione perché l'innovazione produca davvero salute. Entrando più nel dettaglio delle possibilità offerte dalle nuove tecnologie la telemedicina può rappresentare una delle trasformazioni più importanti nella gestione del diabete, a condizione che venga integrata nei percorsi e non trattata come un servizio aggiuntivo. Il valore del digitale non consiste nel sostituire la relazione clinica, ma nel renderla più continua, tempestiva e informata. I dati generati dai dispositivi di monitoraggio, se accessibili e interpretabili, consentono al diabetologo e al team di cura di intervenire prima che si manifestino scompensi importanti. Permettono inoltre di personalizzare le terapie, individuare pattern ricorrenti, migliorare l'educazione del paziente e valutare l'efficacia reale degli interventi. L'interoperabilità torna quindi a mostrare la propria importanza grazie alle cartelle diabetologiche, al Fascicolo Sanitario Elettronico e ai sistemi dei medici di medicina generale tra piattaforme di telemonitoraggio e database regionali che devono poter dialogare. In assenza di quest'integrazione, il dato resta frammentato e il suo potenziale clinico si perde. La sfida dei prossimi anni sarà trasformare la grande quantità d'informazioni prodotte nella pratica quotidiana in conoscenze utili per la cura del singolo paziente e per la programmazione sanitaria.

LA PREVENZIONE COME PRIMO ATTO DI CURA

Al di là dell'innovazione però, nel diabete, il paziente rimane ancora parte attiva della cura: ogni scelta quotidiana può incidere sull'andamento della malattia: alimentazione, movimento, terapia, monitoraggio, gestione delle ipoglicemie, attenzione ai sintomi e capacità di utilizzare correttamente i dispositivi. Per questo l'educazione terapeutica non è un elemento accessorio, ma una componente clinica essenziale. Educare non significa semplicemente informare, significa soprattutto costruire competenze, accompagnando il cambiamento e sostenendo la motivazione adattandosi al linguaggio e alle condizioni reali della persona. Questo vale ancora di più nei bambini, negli anziani, nei pazienti fragili e nelle famiglie che convivono con la malattia. Educare significa poi strutturare un piano per la prevenzione, la quale resta il terreno prin-

cipale per decidere una parte rilevante del futuro della diabetologia. Esistono tre livelli di prevenzione. Per portare ad una prevenzione primaria bisogna agire sugli stili di vita, caratterizzati da situazioni quali obesità, sedentarietà, alimentazione e determinanti sociali della salute. Si parla invece di prevenzione secondaria in caso di diagnosi precoce della malattia impedendo così che si evolva verso complicanze. Infine, la prevenzione terziaria evita aggravamenti, ospedalizzazioni e perdita dell'autonomia. In tutte queste dimensioni, il diabete richiede politiche integrate. La sanità da sola non può modificare l'ambiente urbano o quello della scuola o del lavoro, e neanche la disponibilità di cibo sano e le opportunità di attività fisica. Ma il Sistema Sanitario può e deve indicare la direzione da seguire, costruendo alleanze con istituzioni locali, comunità, tra cui il mondo dell'educazione, e le associazioni. La prevenzione, spesso evocata come principio generale, deve diventare organizzazione concreta grazie a screening mirati e follow-up strutturati, ma anche presa in carico precoce del sovrappeso e dell'obesità con programmi per le persone a rischio e utilizzo dei dati epidemiologici per orientare gli interventi.

LA DIABETOLOGIA POTREBBE GUIDARE IL CAMBIAMENTO?

Il diabete mette alla prova il sistema sanitario perché richiede tutto ciò che oggi viene indicato come futuro della sanità. Per questa ragione la diabetologia può offrire un contributo decisivo alla governance delle cronicità. Non si tratta solo di migliorare un singolo percorso clinico, ma di mostrare come una patologia complessa possa essere gestita attraverso modelli più maturi, integrati e orientati al valore. Il compito della comunità diabetologica è duplice: continuare a produrre evidenze scientifiche e, allo stesso tempo, contribuire alla costruzione di modelli organizzativi capaci di portare quelle evidenze nella vita reale dei pazienti. La sfida, oggi, non è sapere cosa funziona, ma fare in modo che ciò che funziona arrivi in modo tempestivo, appropriato ed equo a tutte le persone con diabete.



04

Le esperienze regionali

Redazione **Rh+**



Su base regionale emerge un elemento molto forte e condiviso da politici, clinici e pazienti: il diabete non è soltanto una patologia clinica, ma è il vero banco di prova della capacità di governance sanitaria delle Regioni.

I temi ricorrenti sono: disuguaglianze territoriali;

- Difficoltà di integrazione ospedale-territorio;
- Necessità di digitalizzazione;
- Accesso alle tecnologie;
- Ruolo della medicina generale;
- Prevenzione e stili di vita;
- Presa in carico multidisciplinare;
- Sostenibilità economica;
- Ruolo delle associazioni pazienti.

Attraverso diversi confronti moderati da IHPB (Altis Editore) sono emerse indicazioni non accademiche, orientate alle policy, centrate sui processi organizzativi e molto attente alle concrete dinamiche che si manifestano nei territori regionali.

I confronti hanno fatto emergere una forte coerenza narrativa tra le diverse Regioni.

I punti trasversali che meritano di essere considerati, per cogliere le istanze di aggiornamento delle policy sanitarie per il diabete, sono:

- il diabete come paradigma della cronicità;
- la necessità d'integrazione ospedale-territorio;
- il ruolo crescente delle tecnologie;
- le disuguaglianze regionali;
- il tema della sostenibilità;
- la centralità della prevenzione;
- il coinvolgimento della medicina generale;
- il ruolo politico della governance regionale;
- la multidisciplinarietà;
- la necessità di nuovi modelli organizzativi.

DIABETE IN PIEMONTE: DALLA COMPETENZA ALL'AZIONE



Il Piemonte si trova oggi in una fase cruciale di ridefinizione della propria governance sanitaria, all'interno di un percorso di aggiorna-

mento del Piano Socio-Sanitario Regionale destinato a orientare le politiche dei prossimi anni. In questo contesto, il diabete emerge come una delle principali sfide organizzative, cliniche ed economiche per il Sistema Sanitario Regionale. L'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle patologie croniche e la crescente complessità assistenziale impongono infatti una revisione dei modelli di presa in carico, superando logiche esclusivamente orientate al contenimento della spesa e introducendo strumenti capaci di coniugare innovazione, appropriatezza e sostenibilità.

Il diabete rappresenta, sotto questo profilo, un vero banco di prova della capacità di governo del sistema. La patologia coinvolge circa l'8% della popolazione, con una quota significativa di casi sommersi, e produce un impatto rilevante sia sul piano clinico sia su quello economico, soprattutto a causa delle complicanze cardiovascolari, renali e metaboliche.

Uno dei nodi principali emersi nel confronto regionale riguarda l'aggiornamento dei sistemi di monitoraggio continuo della glicemia (CGM). Le attuali linee regionali risultano infatti datate rispetto alle più recenti raccomandazioni dell'Istituto Superiore di Sanità, che suggeriscono l'utilizzo del monitoraggio continuo anche nei pazienti con diabete di tipo 2 in terapia insulinica e, in alcuni casi, anche non insulinica. Secondo i clinici coinvolti nel confronto regionale, i benefici delle tecnologie di monitoraggio continuo non sono più oggetto di dibattito scientifico.

Miglior controllo glicemico, riduzione delle ipoglicemie, maggiore aderenza terapeutica e qualità della vita rappresentano risultati ormai consolidati. Tuttavia persistono significative disomogeneità territoriali nell'accesso

alle tecnologie, con differenze tra aziende sanitarie e persino all'interno della stessa ASL. Accanto al tema dell'innovazione tecnologica emerge quello della digitalizzazione dei processi sanitari. Telemedicina, interoperabilità dei dati clinici e monitoraggio degli outcome vengono considerati strumenti indispensabili per migliorare la presa in carico del paziente cronico. La difficoltà di accesso a dati clinici aggiornati e la mancanza di sistemi realmente interoperabili rappresentano oggi un limite concreto alla programmazione sanitaria.

Altro tema centrale è quello della prevenzione. Il Piano Socio Sanitario Regionale prevede infatti iniziative di screening precoce del diabete e di rafforzamento dei percorsi di follow-up, nella consapevolezza che la sostenibilità futura del Sistema Sanitario dipenderà sempre più dalla capacità di prevenire le complicanze e ridurre gli accessi impropri alle strutture ospedaliere. Particolarmente rilevante appare anche il ruolo delle associazioni dei pazienti, che chiedono un maggior coinvolgimento nei processi decisionali regionali.

La nascita del GAPED, che riunisce le associazioni piemontesi delle persone con diabete,

rappresenta il tentativo di rafforzare il dialogo istituzionale e favorire una programmazione più partecipata. Nel complesso, il caso piemontese evidenzia come il tema del diabete non riguardi esclusivamente la gestione clinica della patologia, ma rappresenti una sfida più ampia di governance sanitaria: capacità di aggiornare rapidamente i modelli organizzativi, integrare l'innovazione tecnologica, rafforzare la medicina territoriale e garantire uniformità di accesso alle cure.

DIABETE IN SARDEGNA: UNA SFIDA PER TERRITORI E ISTITUZIONI



La Sardegna rappresenta uno dei contesti epidemiologici più complessi in ambito diabetologico a livello nazionale. L'isola

presenta infatti una delle più elevate incidenze di diabete di tipo 1 al mondo e una crescita costante dei casi di diabete di tipo 2, con conseguenze rilevanti sulla sostenibilità del Sistema Sanitario regionale.

Il confronto tra istituzioni, clinici e rappresentanti delle associazioni dei pazienti ha evidenziato un dato fondamentale: la Regione dispone già di strumenti avanzati e competenze elevate, ma fatica ancora a trasformarli in un modello realmente uniforme e integrato. La rete diabetologica regionale, pur formalmente definita, non ha ancora trovato piena attuazione sul territorio.

Questo produce disuguaglianze organizzative e differenze significative nell'accesso ai servizi diabetologici. In alcune aree il cittadino accede tramite CUP, in altre mediante accesso diretto, generando una frammentazione dei percorsi assistenziali e mobilità impropria dei pazienti. Particolarmente critica appare la relazione tra assistenza specialistica e medicina generale. Il modello organizzativo regionale prevede che i casi meno complessi vengano progressivamente gestiti sul territorio, ma questo passaggio risulta ancora incompleto. Di conseguenza, molti pazienti continuano a gravare sui centri specialistici, con un evidente sovraccarico delle strutture diabetologiche.

Sul piano tecnologico, la Sardegna dispone di strumenti particolarmente avanzati, come una cartella clinica informatizzata condivisa e sistemi di monitoraggio continuo del glucosio. Tuttavia, il loro pieno potenziale risulta limitato dall'assenza di percorsi omogenei di educazione terapeutica e formazione dei pazienti.

I clinici coinvolti nel confronto regionale hanno sottolineato come le tecnologie diabetologiche rappresentino oggi uno strumento indispensabile per ridurre ipoglicemie, accessi impropri al pronto soccorso e ospedalizzazioni. Tuttavia, l'efficacia dei dispositivi dipende fortemente dalla capacità del paziente di utilizzarli correttamente e l'interpretarne i dati.

Un altro nodo strategico riguarda l'estensione dell'accesso alle tecnologie anche ai pazienti con diabete di tipo 2.

Le nuove linee guida nazionali suggeriscono infatti un ampliamento significativo della platea dei beneficiari dei sistemi CGM, tema sul quale la Regione Sardegna è chiamata a sviluppare una programmazione coerente e sostenibile. Sul piano istituzionale emerge una crescente consapevolezza della necessità di investire nella prevenzione, nella multidisciplinarietà e nell'integrazione territoriale. Psicologi, nutrizionisti, farmacisti e medicina generale vengono considerati elementi fondamentali per costruire un modello realmente centrato sulla persona. Il caso sardo mostra quindi con particolare evidenza come il diabete rappresenti una sfida sistemica: non solo per la gestione della malattia, ma anche per la capacità di costruire un'organizzazione sanitaria integrata, omogenea e sostenibile.

DIABETE IN SICILIA: TRA INNOVAZIONE POSSIBILE E URGENZE SISTEMICHE



La Sicilia affronta oggi il tema del diabete all'interno di un contesto caratterizzato da forti criticità organizzative ma anche dalla presenza di

competenze e progettualità avanzate.

L'elevata prevalenza della patologia, associata a modelli organizzativi molto differenti tra le varie province, produce una significativa

frammentazione dell'assistenza e una forte eterogeneità nell'accesso ai percorsi di cura.

Uno degli elementi più critici emersi dal confronto regionale riguarda l'assenza di un'infrastruttura digitale realmente integrata.

Nonostante esistano strumenti avanzati, come cartelle diabetologiche informatizzate e database clinici, la loro diffusione risulta ancora limitata e scarsamente interoperabile.

Questa frammentazione informativa genera duplicazioni di prescrizioni, difficoltà nella tracciabilità dei percorsi terapeutici e una limitata integrazione tra specialisti e medicina generale. In questo contesto, il progetto di cartella clinica diabetologica regionale viene considerato uno snodo strategico per migliorare la governance della patologia.

Dal confronto emerge inoltre la necessità di superare un modello ancora fortemente "a silos", in cui il paziente viene frammentato tra specialità differenti senza una reale presa in carico multidisciplinare. Il diabete, per sua natura sistemica, richiede invece un approccio integrato capace di affrontare le comorbidità e prevenire le complicanze.

Particolarmente rilevante appare il tema della governance territoriale. La Regione è chiamata a sviluppare nuovi PDTA condivisi con la medicina generale e ad ampliare il coinvolgimento dei medici di famiglia nella gestione dei pazienti diabetici, anche attraverso l'utilizzo di strumenti digitali condivisi.

La Sicilia si trova inoltre in una fase di trasformazione più ampia del proprio Sistema Sanitario, anche alla luce degli investimenti del PNRR dedicati a Case e Ospedali di Comunità. Tuttavia, senza una reale integrazione digitale e organizzativa, il rischio è che queste strutture non riescano ad esprimere pienamente il loro potenziale.

Nel complesso, il caso siciliano evidenzia come il diabete possa diventare il paradigma regionale: digitalizzazione, integrazione territoriale, continuità assistenziale e governance della cronicità.

Il diabete, per sua natura sistemica, richiede un approccio integrato capace di affrontare le comorbidità e prevenire le complicanze.

Andrea Monti, Redazione Regional health +

Poco più di un anno fa, raccontando le prime esperienze degli Intergruppi Consiliari Regionali proprio in un numero di Rh+, scrivevamo che la sfida era appena cominciata. In tutti questi mesi abbiamo continuato ad attraversare l'Italia, dal Piemonte alla Sicilia, dalla Sardegna alla Puglia, passando per Lombardia, Lazio, Toscana, Liguria ed Emilia-Romagna, e abbiamo avuto la conferma che il diabete ci ha raccontato molto più di sé stesso. Ci sono tre sguardi attenti che costruiscono le pagine di questo numero: quello clinico, quello della politica sanitaria e quello dei territori. Un tridente che converge su un'unica riflessione, una tesi ripetuta con sorprendente coerenza e convinzione da clinici, decisori e associazioni dei pazienti: il diabete non è soltanto una malattia da curare, è il banco di prova dove si misura la capacità di governo e tenuta dei nostri Sistemi Sanitari. È la cartina tornasole che rivela, meglio di qualsiasi complesso indicatore numerico, dove un sistema funziona e dove, al contrario, si aprono le fratture, prima che diventino voragini. La diagnosi è tutto sommato chiara. I numeri non lasciano spazio a interpretazioni: oltre mezzo milione di persone con diabete in Lombardia, circa trecentomila in Emilia-Romagna, una delle incidenze di diabete di tipo 1 più alte al mondo in Sardegna e, in Puglia, oltre un paziente su tre che ancora non riceve un'assistenza specialistica adeguata. È la cura, semmai, a restare disomogenea: vicina e strutturata in alcuni territori, frammentaria e affidata all'iniziativa dei singoli in altri. Il punto che emerge da queste pagine, però, è più sottile e per certi versi più scomodo. Il problema non è la mancanza di conoscenze, di terapie o di tecnologie: di tutto questo, oggi, ne disponiamo in abbondanza, come mai accaduto in precedenza. La vera challenge è organizzativa. È la distanza che separa ciò che sappiamo funzionare da ciò che effettivamente arriva alle persone, in modo tempestivo, appropriato

ed equo. Ci stiamo rendendo conto che l'innovazione, da sola, non genera automaticamente equità e cure accessibili a tutti. Al contrario, in alcune condizioni, può persino ampliare le disuguaglianze, se non accompagnata da criteri di appropriatezza, percorsi educativi e una governance capace di renderla accessibile ovunque allo stesso modo. Si tratta di una sfida tutt'altro che facile. Ed è qui che le tre prospettive arrivano a saldarsi. La sostenibilità non si costruisce comprimendo la spesa quando la malattia è già evoluta, ma a monte, prima dell'insorgere delle complicanze: ogni complicanza evitabile è insieme un fallimento clinico e organizzativo. La prevenzione, ce lo ricordano i clinici, non è un principio da evocare, ma una prassi che deve diventare concreta, vera e tangibile. Un programma fatto di screening mirati, diagnosi precoci, educazione terapeutica e presa in carico continuativa. E l'integrazione, quella tra ospedale e territorio, tra medicina generale e specialistica, tra dato clinico e decisione di policy, non può più dipendere dalla buona volontà dei singoli professionisti: tutto deve diventare metodo, infrastruttura e abitudine.

Proprio perché il problema è di metodo, la risposta che torna con maggiore insistenza dai territori è di natura politica prima ancora che clinica. In quasi tutte le Regioni attraversate in questo numero riaffiora la stessa proposta che noi un anno fa avevamo

iniziato a documentare: serve uno strumento stabile di confronto tra istituzioni regionali, comunità scientifica e pazienti; serve un Intergruppo Consiliare. Questo non va considerato come un organismo in più, ma come un additivo al lavoro politico che già si svolge: ascoltare prima di decidere, ragionare sui dati, costruire soluzioni condivise e accompagnare il decisore mettendolo nelle condizioni di scegliere con consapevolezza. È in questa dimensione, che deve rimanere un dialogo e non una delega, così che gli Intergruppi potranno offrire un contributo utile e competente.

D'altro canto, non sarebbe onesto nemmeno cedere all'entusiasmo, perché la partita è straordinariamente complessa e difficile, ed è in gran parte ancora tutta da giocare. Ci resta però una convinzione, che può diventare una responsabilità: se non saremo capaci di governare una patologia che oggi conosciamo a fondo, per la quale disponiamo di competenze, tecnologie e strumenti organizzativi maturi, sarà arduo immaginare di poter governare le sfide ancora più complesse che la stagione delle cronicità ci consegnerà nei prossimi decenni.



