



POLICY PAPER

STATI GENERALI SUL DIABETE 2026 “DIABETE ED ECOSISTEMI”

Costruire una strategia nazionale per una visione condivisa su una patologia di grande impatto sociale, clinico, economico e politico sanitario: 2026-2028

**Documento elaborato sulla base del programma
preliminare del rationale e degli obiettivi degli
Stati generali sul diabete 2026**

Roma “Sala Marco Biagi” CNEL 19 marzo 2026

Angelo Avogaro, Raffaella Buzzetti, Riccardo Bonadonna,
Riccardo Candido, Salvatore De Cosmo, Giuseppina Russo

Consiglio direttivo della FeSDI

Federazione Società Diabetologiche Italiane

Introduzione

Il diabete rappresenta oggi, nel contesto italiano, la patologia cronica a più alto impatto socio-sanitario. Non soltanto per la sua diffusione epidemiologica crescente, che coinvolge milioni di cittadini e registra un costante incremento legato ai cambiamenti demografici e agli stili di vita, ma per la sua capacità di incidere simultaneamente su dimensioni cliniche, economiche, organizzative e sociali.

Il diabete è una malattia sistemica e progressiva, caratterizzata da un decorso di lungo periodo e da una complessità clinica che richiede monitoraggio continuo, adattamento terapeutico e prevenzione delle complicanze. È strettamente connesso all'invecchiamento della popolazione, all'aumento dell'obesità e del sovrappeso, alla sedentarietà, alle trasformazioni ambientali e urbane, nonché ai determinanti sociali della salute, quali disuguaglianze economiche, accesso ai servizi, livello di istruzione e contesto territoriale.

Il suo impatto non si limita alla gestione della glicemia. Il diabete costituisce un potente fattore di rischio per le patologie cardiovascolari, per la compromissione della funzionalità renale, per la neuropatia, retinopati e altre complicanze croniche che incidono in modo significativo sulla qualità della vita delle persone. Le conseguenze si riflettono anche sulla produttività lavorativa, sull'autonomia individuale, sul carico assistenziale familiare e, in modo rilevante, sulla sostenibilità della spesa sanitaria pubblica.

La gestione del diabete comporta costi diretti — legati a farmaci, dispositivi, visite specialistiche, ospedalizzazioni e trattamenti delle complicanze — e costi



indiretti, connessi a perdita di produttività, assenteismo e disabilità. In questo senso, il diabete rappresenta non solo una questione clinica, ma una vera e propria sfida di politica sanitaria, economica e sociale.

Per tali ragioni, il diabete non può ulteriormente essere gestito in modo frammentario e deve essere affrontato con una visione sistemica e non come una patologia settoriale o confinata all'ambito esclusivamente specialistico. La sua natura trasversale impone una visione integrata e strutturale, capace di connettere governance sanitaria, organizzazione territoriale, innovazione tecnologica, prevenzione primaria e secondaria, ricerca scientifica e politiche intersettoriali.

Il diabete è oggi il paradigma della cronicità: la sua gestione efficace richiede continuità assistenziale, multidisciplinarietà, integrazione tra specialistica e medicina generale, utilizzo strategico dei dati, e una forte attenzione all'equità territoriale.

Gli Stati Generali sul Diabete 2026 introducono per la prima volta un approccio ecosistemico . Il diabete viene analizzato come fenomeno che si sviluppa e si governa all'interno di sistemi interconnessi: l'ecosistema della governance sanitaria, quello digitale, quello della salute in chiave One Health e quello della ricerca e dell'innovazione. Tale impostazione non è meramente teorica, ma costituisce la base metodologica per costruire una risposta coordinata e sostenibile.

L'approccio ecosistemico riconosce che la gestione del diabete non dipende da un singolo attore o da un singolo livello istituzionale, ma dall'interazione strutturata tra Parlamento, Governo, Regioni, aziende sanitarie, professionisti, comunità scientifica, associazioni dei pazienti e sistema produttivo. Solo attraverso sinergie fattuali e modelli di cooperazione stabile è possibile garantire equità, qualità e sostenibilità.

In questo quadro, gli Stati Generali 2026 si pongono come momento di sintesi e rilancio strategico, finalizzato alla definizione di una Strategia Nazionale 2026–



2028 fondata su integrazione, innovazione responsabile, equità territoriale e sostenibilità di lungo periodo. Il diabete, per la sua pervasività e complessità, rappresenta la cartina di tornasole della capacità del Servizio Sanitario Nazionale di evolvere verso un modello moderno di gestione delle cronicità. La risposta che il Paese saprà costruire in questo ambito costituirà un indicatore decisivo della sua capacità di affrontare le sfide sanitarie dei prossimi decenni.

I. ECOSISTEMA DELLA GOVERNANCE SANITARIA

L'ecosistema della governance sanitaria rappresenta il livello nel quale si misura concretamente la capacità del sistema Paese di affrontare il diabete in modo strutturale, equo e sostenibile. È qui che si definiscono le regole dell'integrazione tra livelli istituzionali, si stabiliscono gli standard organizzativi, si programmano le risorse e si costruiscono i percorsi assistenziali.

Il diabete è la patologia che più di ogni altra rende evidente la necessità di un modello organizzativo stabile, integrato e multidisciplinare. La sua gestione non può essere episodica né frammentata: richiede continuità nel tempo, monitoraggio costante, educazione terapeutica strutturata, prevenzione delle complicanze e coordinamento tra livelli assistenziali differenti. Ogni disallineamento tra specialistica e territorio, ogni sovrapposizione di competenze o vuoto organizzativo si traduce in inefficienza, aumento dei costi, disuguaglianza nell'accesso e, soprattutto, peggioramento degli esiti clinici.

La complessità del diabete impone una presa in carico che accompagni la persona lungo tutto il percorso di vita, integrando diagnosi precoce, gestione della fase stabile, trattamento delle complicanze e supporto nei momenti di maggiore fragilità. Ciò richiede una governance multilivello capace di armonizzare le politiche nazionali con le autonomie regionali, garantendo al contempo uniformità di standard e rispetto delle specificità territoriali.

L'Italia dispone di un patrimonio unico: una rete specialistica diabetologica diffusa, strutturata e scientificamente autorevole, costruita nel tempo grazie all'impegno delle società scientifiche, dei professionisti e delle istituzioni. Tale rete costituisce un'infrastruttura clinica nazionale di straordinario valore. Essa ha contribuito in modo determinante alla qualità della cura, alla produzione di

evidenze scientifiche, allo sviluppo di linee guida e alla formazione continua degli operatori.

Tuttavia, la sola presenza di una rete specialistica qualificata non è sufficiente a garantire un sistema efficace. La sfida dei prossimi anni consiste nell'integrare pienamente tale rete con la medicina generale e con le cure primarie, superando modelli paralleli o sovrapposti che generano duplicazioni, frammentazioni e disomogeneità territoriali.

Il diabete richiede l'adozione di un vero e proprio Chronic Care Model nazionale, formalmente riconosciuto e strutturato, fondato su alcuni principi cardine:

- centralità della persona e continuità assistenziale lungo tutto il percorso di cura;
- integrazione funzionale tra rete specialistica e medicina generale;
- multidisciplinarietà strutturata;
- utilizzo sistematico dei dati per monitoraggio ed esiti;
- responsabilità condivisa tra livelli assistenziali.

In tale modello, lo specialista diabetologo svolge il ruolo di riferimento clinico per la gestione dei casi complessi, per l'innovazione terapeutica e per il coordinamento scientifico dei percorsi. La medicina generale è pienamente integrata nella presa in carico continuativa, nella diagnosi precoce, nel follow-up e nella gestione delle condizioni stabilizzate. Le cure primarie e i servizi territoriali garantiscono prossimità, monitoraggio costante e prevenzione delle riacutizzazioni, soprattutto nelle aree interne e nei contesti di maggiore fragilità socio-economica. I team multidisciplinari – infermieri, dietisti, psicologi, educatori – operano secondo percorsi condivisi e protocolli armonizzati, valorizzando l'educazione terapeutica come elemento centrale della gestione.

La piena integrazione richiede strumenti operativi concreti: percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) nazionali armonizzati, indicatori di



esito condivisi, interoperabilità dei sistemi informativi, modelli di remunerazione coerenti con la presa in carico continuativa e non con la singola prestazione.

In questo quadro, la Missione 6 del PNRR offre un'opportunità storica di riorganizzazione della medicina territoriale. Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali possono diventare nodi funzionali della rete diabetologica, ma solo se inseriti in un disegno unitario che riconosca formalmente la rete specialistica come infrastruttura clinica di riferimento e preveda meccanismi di integrazione strutturale con la medicina generale.

Il rischio, in assenza di una strategia nazionale coerente, è quello di generare una proliferazione di modelli regionali disomogenei, con conseguente ampliamento delle disuguaglianze territoriali. Al contrario, l'obiettivo deve essere la definizione di standard minimi nazionali per la gestione del diabete, capaci di garantire uniformità di accesso, qualità dell'assistenza e monitoraggio sistematico degli esiti.

La costruzione di un Chronic Care Model nazionale per il diabete non rappresenta soltanto una riforma organizzativa settoriale, ma un passaggio strategico per l'intero sistema sanitario. Il diabete può e deve diventare il modello di riferimento per la gestione integrata delle cronicità, dimostrando che è possibile coniugare innovazione clinica, prossimità territoriale, sostenibilità economica ed equità sociale.

L'obiettivo strategico non più rinviabile è dunque chiaro: trasformare la gestione del diabete in un paradigma evoluto di governance sanitaria, capace di ridurre le disuguaglianze territoriali, garantire uniformità di standard, valorizzare la rete specialistica italiana e integrare in modo stabile medicina generale, cure primarie e servizi territoriali.

La riuscita di questo processo costituirà uno degli indicatori più rilevanti della capacità del Servizio Sanitario Nazionale di affrontare le sfide della cronicità nel prossimo decennio.

II. ECOSISTEMA DIGITALE

Dal dato clinico alla medicina predittiva

Il diabete è una delle patologie più “data-intensive” della medicina contemporanea. Ogni persona con diabete produce quotidianamente una quantità significativa di informazioni cliniche rilevanti: valori glicemici capillari, tracciati da monitoraggio continuo (CGM), parametri metabolici, dati derivanti da microinfusori e sistemi integrati, informazioni sull’aderenza terapeutica, sugli stili di vita e sulle variazioni ponderali.

A differenza di molte altre condizioni croniche, il diabete genera dati in tempo reale e con elevata frequenza. Questo lo rende il paradigma ideale di una sanità connessa, capace di evolvere da un modello reattivo – centrato sull’intervento successivo alla complicità – a un modello predittivo e proattivo, orientato alla prevenzione e alla personalizzazione.

In questo contesto, l’ecosistema digitale non rappresenta un elemento accessorio o di supporto, ma una componente strutturale della moderna assistenza diabetologica. La digitalizzazione incide direttamente sulla qualità della cura, sulla sicurezza clinica, sull’efficienza organizzativa e sulla capacità di programmazione sanitaria.

Interoperabilità e Fascicolo Sanitario Elettronico

La piena interoperabilità del Fascicolo Sanitario Elettronico costituisce la condizione abilitante per garantire continuità assistenziale tra specialistica e territorio. Senza interoperabilità, il dato rimane frammentato, confinato in silos



regionali o in piattaforme proprietarie, con il rischio di duplicazioni, errori prescrittivi e perdita di informazioni rilevanti.

Con interoperabilità, il dato diventa strumento di programmazione, sicurezza e appropriatezza. Permette allo specialista e al medico di medicina generale di condividere informazioni in tempo reale, favorisce la presa in carico integrata e consente al sistema sanitario di analizzare indicatori di esito su base nazionale.

L'obiettivo strategico deve essere la costruzione di un'infrastruttura digitale nazionale realmente integrata, capace di:

- connettere dati ospedalieri, territoriali e domiciliari;
- integrare i flussi provenienti da dispositivi medici e sensori;
- garantire uniformità di standard tecnici e semantici tra Regioni;
- supportare la programmazione sanitaria basata su evidenze reali.

La digitalizzazione non deve generare ulteriori diseguaglianze territoriali.

È necessario prevenire il rischio di una “frattura digitale” tra Regioni più avanzate e territori con minore capacità infrastrutturale.

Intelligenza Artificiale e medicina predittiva

L'Intelligenza Artificiale apre scenari nuovi nella stratificazione del rischio, nella prevenzione delle complicanze e nel supporto alla decisione clinica. Algoritmi validati possono contribuire a identificare precocemente pattern di scompenso glicemico, prevedere eventi cardiovascolari, suggerire aggiustamenti terapeutici personalizzati e ottimizzare la gestione delle risorse.

Tuttavia, l'adozione dell'IA in ambito diabetologico richiede un quadro regolatorio chiaro e rigoroso. L'innovazione tecnologica deve essere accompagnata da:

- validazione clinica indipendente;
- trasparenza algoritmica;
- definizione delle responsabilità professionali;
- protezione dei dati personali;
- conformità ai principi etici europei sull'uso dell'IA in sanità.

L'IA non deve sostituire il giudizio clinico, ma supportarlo. La governance digitale deve garantire che le tecnologie siano strumenti al servizio della relazione terapeutica, non elementi sostitutivi della responsabilità professionale.

Telemedicina e prossimità digitale

La telemedicina rappresenta una leva fondamentale per rafforzare la prossimità, soprattutto nelle aree interne, montane e insulari. Il monitoraggio remoto, la televisita e la teleconsulenza possono ridurre gli accessi impropri alle strutture ospedaliere, migliorare l'aderenza terapeutica e favorire una gestione più tempestiva degli scompensi.

Affinché la telemedicina diventi strutturale e non sperimentale, è imprescindibile:

- integrarla formalmente nei PDTA nazionali;
- definire criteri omogenei di remunerazione per il diabetologo e rimborso ;
- garantire interoperabilità con il Fascicolo Sanitario Elettronico;
- assicurare formazione digitale a professionisti e pazienti.

La telemedicina deve essere intesa non come sostitutiva dell'assistenza in presenza, ma come strumento complementare in un modello ibrido di cura.

Terapie digitali e aderenza terapeutica

Le terapie digitali rappresentano un ambito emergente di particolare interesse. Applicazioni validate clinicamente possono supportare l'autogestione, l'educazione terapeutica e il monitoraggio degli stili di vita.

- La loro integrazione nei percorsi assistenziali richiede:
- valutazioni HTA dedicate;
- criteri di efficacia e costo-efficacia;
- inserimento nei percorsi di cura formalizzati;
- definizione di modalità di accesso equo.

Il potenziale delle terapie digitali non risiede soltanto nel supporto clinico, ma nella capacità di rafforzare l'empowerment della persona con diabete, favorendo consapevolezza e autonomia.

Governance dei dati e tutela dei diritti

L'ampliamento dell'ecosistema digitale comporta un aumento esponenziale dei dati trattati. È pertanto indispensabile rafforzare la governance dei dati sanitari, garantendo:

- sicurezza informatica;
- protezione contro accessi non autorizzati;
- trasparenza nell'utilizzo secondario dei dati;
- coinvolgimento informato dei cittadini.

La fiducia nel sistema digitale è condizione imprescindibile per la sua efficacia. Senza fiducia, la trasformazione digitale rischia di incontrare resistenze culturali e operative.

Una trasformazione sistemica

La sfida non è tecnologica, ma sistemica. Non si tratta semplicemente di introdurre nuovi strumenti, ma di ripensare l'organizzazione dell'assistenza alla luce delle opportunità offerte dalla digitalizzazione.

Trasformare la digitalizzazione da infrastruttura tecnica a leva strategica significa:

- utilizzare i dati per prevenire, non solo per registrare;
- integrare i flussi informativi per migliorare gli esiti clinici;
- orientare la programmazione sanitaria su evidenze reali;
- favorire medicina personalizzata e predittiva;
- ridurre diseguaglianze territoriali attraverso la prossimità digitale.

Il diabete può diventare il laboratorio più avanzato di sanità digitale nel nostro Paese. Se governato in modo coerente e integrato, l'ecosistema digitale rappresenta una delle leve più potenti per migliorare qualità, equità e sostenibilità dell'assistenza.

Real World Data e programmazione sanitaria nazionale

La disponibilità crescente di dati clinici strutturati apre una nuova stagione per la programmazione sanitaria nazionale. Il diabete, per la quantità e la qualità delle informazioni generate quotidianamente, può diventare il modello più avanzato di utilizzo dei Real World Data (RWD) a fini di governance.

I Real World Data, se raccolti in modo omogeneo, interoperabile e validato, consentono di:

- monitorare l'aderenza terapeutica su larga scala;
- valutare l'efficacia reale delle terapie farmacologiche e dei dispositivi;
- identificare precocemente criticità organizzative;
- analizzare le diseguaglianze territoriali negli esiti clinici;
- programmare risorse sulla base di evidenze oggettive.

La transizione da un sistema basato su dati amministrativi a un sistema fondato su dati clinici integrati rappresenta una svolta strutturale. Nel caso del diabete, ciò significa poter valutare non solo il consumo di prestazioni, ma la qualità degli esiti: controllo glicemico, riduzione delle complicanze, appropriatezza prescrittiva, prevenzione degli eventi cardiovascolari e renali.

- Un utilizzo sistematico dei Real World Data consente inoltre di:
- supportare i processi di Health Technology Assessment;
- valutare l'impatto delle innovazioni in condizioni di pratica clinica reale;
- orientare l'aggiornamento dei LEA su basi oggettive;
- rafforzare la sostenibilità economica attraverso modelli di value-based healthcare.

Affinché questo potenziale si realizzi, è necessario costruire un'infrastruttura nazionale coordinata, con standard comuni di raccolta, codifica e analisi dei dati. Il diabete può costituire il primo ambito in cui sperimentare una piattaforma nazionale di monitoraggio degli esiti clinici, capace di integrare dati specialistici, territoriali e domiciliari.

In tal modo, la digitalizzazione diventa strumento di governo strategico e non soltanto di gestione operativa.

Formazione digitale dei professionisti ed empowerment digitale delle persone con diabete

La trasformazione digitale non può essere ridotta a un processo tecnologico. Essa è, prima di tutto, un processo culturale e organizzativo. La qualità dell'ecosistema digitale dipende dalla capacità dei professionisti e delle persone con diabete di utilizzare consapevolmente e in modo appropriato gli strumenti disponibili. Per i professionisti sanitari, ciò implica:

- sviluppo di competenze nella lettura e interpretazione dei dati generati dai dispositivi;
- formazione specifica sull'utilizzo dell'Intelligenza Artificiale come supporto decisionale;
- capacità di integrare la telemedicina nei percorsi assistenziali;
- consapevolezza delle implicazioni etiche e normative relative alla gestione dei dati.

La formazione digitale deve essere sistematica e integrata nei programmi di aggiornamento professionale continuo. Senza competenze adeguate,

l'innovazione rischia di essere sottoutilizzata o di generare disomogeneità applicative tra territori.

Parallelamente, è fondamentale promuovere l'empowerment digitale delle persone con diabete. L'uso consapevole di sensori, applicazioni, piattaforme di monitoraggio e strumenti di teleassistenza può migliorare significativamente l'autogestione della patologia.

L'empowerment digitale significa:

- accesso equo alle tecnologie;
- alfabetizzazione sanitaria e digitale;
- comprensione dei propri dati clinici;
- partecipazione attiva ai processi decisionali terapeutici.

È imprescindibile evitare che la digitalizzazione produca nuove disuguaglianze. Fasce di popolazione anziane, fragili o con minore accesso tecnologico devono essere accompagnate attraverso programmi di supporto dedicati.

La digital health deve essere inclusiva. L'innovazione non può diventare fattore di esclusione, ma deve rafforzare l'equità del sistema.

Una trasformazione sistemica orientata agli esiti

L'integrazione dei Real World Data e la formazione digitale rappresentano due pilastri complementari di una trasformazione sistemica. Senza dati validati non vi è programmazione efficace; senza competenze adeguate non vi è utilizzo appropriato degli strumenti.

La sfida dell'ecosistema digitale non consiste nell'accumulare tecnologia, ma nel costruire un sistema coerente in cui:

- il dato alimenti la prevenzione;



- l'innovazione migliori gli esiti;
- la programmazione sia evidence-based;
- la relazione terapeutica sia rafforzata e non indebolita;
- l'equità rimanga principio guida.

Il diabete, per la sua natura strutturalmente connessa ai dati, può diventare il laboratorio più avanzato di sanità digitale del Paese. Se governata con visione strategica, la trasformazione digitale potrà contribuire in modo decisivo a migliorare qualità dell'assistenza, sostenibilità economica e uniformità territoriale.

III. ECOSISTEMA DELLA SALUTE

One Health e determinanti sociali del diabete

Il diabete non è soltanto una patologia clinica; bensì rappresenta l'espressione di un insieme complesso di determinanti ambientali, sociali ed economici che interagiscono nel tempo e influenzano in modo significativo la salute delle persone affette. La sua crescita epidemiologica non può essere spiegata esclusivamente attraverso fattori biologici individuali, ma deve essere letta nel contesto delle trasformazioni demografiche, urbane, alimentari e socioeconomiche che hanno caratterizzato gli ultimi decenni.

Sedentarietà, alimentazione non equilibrata, urbanizzazione non orientata alla mobilità attiva, inquinamento atmosferico, accesso disomogeneo a spazi verdi, fragilità socioeconomiche e disuguaglianze territoriali concorrono in modo sostanziale all'aumento della prevalenza del diabete. Tali fattori incidono in maniera differenziata sulle diverse fasce di popolazione, amplificando le vulnerabilità già esistenti.

L'incidenza della malattia è infatti più elevata nei contesti caratterizzati da minori opportunità educative, minore accesso a servizi sanitari di qualità, maggiore esposizione a condizioni ambientali sfavorevoli e ridotte possibilità di praticare attività fisica regolare. Il diabete diventa così anche un indicatore delle disuguaglianze sociali, riflettendo le disparità nell'accesso alle risorse e nelle condizioni di vita.

In questo scenario, l'approccio One Health — ormai riconosciuto a livello internazionale come paradigma integrato di salute pubblica — offre una chiave interpretativa fondamentale. Esso considera la salute umana, quella degli ecosistemi ambientali e quella delle comunità come elementi interdipendenti e reciprocamente influenzanti. Applicato al diabete, l'approccio One Health

consente di superare una visione strettamente clinica e di integrare le politiche sanitarie con le politiche ambientali, urbanistiche, educative e sociali.

Ciò implica che le politiche diabetologiche non possano limitarsi all'ambito sanitario, né essere confinate alla gestione farmacologica o specialistica della malattia. È necessario un approccio intersettoriale che includa, in modo strutturale e coordinato:

- una pianificazione urbana orientata alla mobilità attiva, alla creazione di percorsi pedonali e ciclabili sicuri, alla disponibilità di spazi verdi e alla riduzione dell'inquinamento atmosferico;
- politiche scolastiche di educazione alimentare sistematica, che promuovano consapevolezza nutrizionale fin dall'infanzia;
- programmi nazionali di promozione dell'attività fisica, accessibili e inclusivi;
- interventi di contrasto alle disuguaglianze socio-economiche, che incidono direttamente sull'accesso a cibo sano e a servizi di prevenzione;
- programmi di prevenzione primaria strutturati, con screening mirati e medicina di iniziativa.

La prevenzione del diabete deve essere considerata un investimento strategico e non un costo. Numerose evidenze dimostrano che ogni euro investito in prevenzione primaria e secondaria produce benefici significativi in termini di riduzione delle complicanze, diminuzione delle ospedalizzazioni e contenimento della spesa sanitaria nel lungo periodo. La sostenibilità futura del Servizio Sanitario Nazionale dipende in larga misura dalla capacità di anticipare e prevenire l'insorgenza delle cronicità, piuttosto che intervenire solo nelle fasi avanzate.

L'ecosistema della salute richiede pertanto una cooperazione intersettoriale stabile, fondata su responsabilità condivise tra livelli istituzionali differenti.



Ministero della Salute, Ministero dell'Ambiente, Ministero dell'Istruzione, enti locali, Regioni, comunità scientifica e società civile devono operare in modo coordinato, superando logiche compartimentali.

Un ruolo fondamentale spetta agli enti territoriali e ai Comuni, chiamati a integrare la dimensione sanitaria nella pianificazione urbana e nelle politiche di welfare locale. Le città rappresentano il contesto in cui si concentrano fattori di rischio e opportunità di prevenzione: politiche di urban health possono incidere direttamente sugli stili di vita, favorendo ambienti salutarì e inclusivi.

Parallelamente, è imprescindibile rafforzare la cultura della salute nelle comunità. Scuole, associazioni sportive, organizzazioni del terzo settore e imprese possono contribuire alla promozione di comportamenti salutarì e alla diffusione di consapevolezza sui fattori di rischio.

La prevenzione secondaria, attraverso screening mirati e diagnosi precoce, costituisce un ulteriore pilastro dell'ecosistema della salute. L'identificazione tempestiva dei soggetti a rischio consente di intervenire prima che la malattia evolva verso complicanze gravi e costose dal punto di vista sanitario e sociale.

Infine, la dimensione socio-economica non può essere trascurata. Il diabete colpisce in modo più severo le fasce di popolazione più fragili, generando un circolo vizioso tra malattia e marginalità. Interventi mirati di inclusione sociale e accesso equo ai servizi rappresentano strumenti fondamentali per ridurre le disparità.

L'ecosistema della salute, nella sua accezione più ampia, si configura dunque come un'alleanza strutturale tra sanità, ambiente, scuola, urbanistica e politiche sociali. Solo attraverso una cooperazione stabile e una visione condivisa è possibile affrontare il diabete non soltanto come patologia da trattare, ma come fenomeno complesso da prevenire e governare.

Il diabete diventa così non solo una sfida clinica, ma una cartina di tornasole della capacità del Paese di costruire ambienti salutarì, ridurre diseguaglianze e promuovere una cultura diffusa della prevenzione.

IV. ECOSISTEMA DELLA RICERCA E DELL'INNOVAZIONE

Innovazione responsabile, accesso equo e sostenibilità nel sistema diabetologico

La diabetologia si configura oggi con evidenza strategica come uno dei campi più dinamici dell'innovazione biomedica. Negli ultimi anni, i progressi scientifici hanno profondamente trasformato gli standard terapeutici, ridefinendo in modo sostanziale le prospettive di cura e migliorando significativamente gli esiti clinici delle persone con diabete.

L'innovazione ha riguardato simultaneamente più ambiti: nuove classi farmacologiche con comprovati benefici cardiovascolari e renali, sistemi di monitoraggio continuo del glucosio sempre più accurati e integrati, microinfusori evoluti, algoritmi predittivi, dispositivi interconnessi e approcci di medicina personalizzata. La gestione del diabete si è ormai spostato da un modello centrato sul solo controllo glicemico a un paradigma più ampio, orientato alla protezione d'organo, alla prevenzione delle complicanze e alla personalizzazione della terapia.

Tuttavia, l'innovazione genera valore reale solo se accessibile in modo equo e uniforme. L'introduzione di nuove tecnologie e terapie, se non accompagnata da una governance adeguata, rischia di ampliare le disuguaglianze territoriali e socio-economiche. Persistono infatti differenze regionali nei tempi e nelle modalità di accesso ai farmaci innovativi, ai dispositivi tecnologici e ai sistemi integrati di monitoraggio.

La variabilità nei criteri di eleggibilità e nei percorsi di rimborso compromette il principio di universalità del Servizio Sanitario Nazionale. È necessario rafforzare il coordinamento nazionale, assicurando che le innovazioni siano disponibili in tempi congrui e con criteri omogenei su tutto il territorio. L'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) deve avvenire con maggiore tempestività, sulla base di evidenze scientifiche solide e di valutazioni strutturate dell'impatto clinico ed economico delle tecnologie introdotte.

In questo contesto, assume un ruolo centrale l'evoluzione dei modelli di Health Technology Assessment (HTA). La valutazione delle innovazioni non può limitarsi all'analisi del costo immediato, ma deve considerare il valore generato nel medio-lungo periodo in termini di riduzione delle complicanze, miglioramento della qualità della vita, prevenzione delle ospedalizzazioni e contenimento della spesa sanitaria futura. L'utilizzo dei Real World Data consente di misurare gli esiti in condizioni di pratica clinica reale, rafforzando un approccio orientato al value-based healthcare.

L'innovazione in diabetologia non è soltanto farmacologica e tecnologica. La medicina personalizzata ha acquisito un ruolo crescente, grazie alla possibilità di stratificare il rischio, adattare le terapie alle caratteristiche individuali e integrare dati clinici, genetici e metabolici. Questo approccio consente di migliorare l'efficacia terapeutica e ridurre eventi avversi, aumentando l'appropriatezza complessiva del sistema.

Accanto a queste evoluzioni, la medicina rigenerativa rappresenta una delle frontiere più promettenti per il futuro della diabetologia, in particolare nel diabete di tipo 1 e nelle forme caratterizzate da marcata perdita della funzione beta-cellulare. Le strategie attualmente in studio includono il trapianto di isole pancreatiche, l'utilizzo di cellule staminali pluripotenti differenziate in cellule beta,, l'ingegneria tissutale e approcci di immunomodulazione mirata.

La medicina rigenerativa introduce un cambiamento di paradigma: dalla gestione cronica della malattia alla possibilità di ripristino funzionale del tessuto

compromesso. Sebbene molte di queste terapie siano ancora in fase sperimentale o di sviluppo clinico avanzato, il loro potenziale impatto è rilevante. Esse pongono tuttavia questioni complesse in termini di sostenibilità economica, criteri di eleggibilità, organizzazione di centri ad alta specializzazione e modelli di rimborso basati sugli esiti a lungo termine.

Il sistema sanitario deve prepararsi a governare queste innovazioni attraverso modelli regolatori evoluti, accordi basati sui risultati e meccanismi di condivisione del rischio tra sistema pubblico e produttori. L'obiettivo è garantire che le terapie avanzate possano essere integrate in modo responsabile, evitando disparità territoriali e assicurando monitoraggio continuo degli esiti clinici.

La ricerca italiana in diabetologia è riconosciuta a livello internazionale per qualità scientifica e produzione di evidenze. I centri italiani partecipano attivamente a trial clinici internazionali e contribuiscono alla definizione di linee guida e raccomandazioni scientifiche. È necessario valorizzare ulteriormente questo patrimonio, rafforzando la partecipazione ai programmi europei di ricerca e promuovendo reti collaborative nazionali tra università, IRCCS, ospedali e società scientifiche.

La collaborazione pubblico-privato costituisce un elemento imprescindibile dell'ecosistema dell'innovazione. Tale collaborazione deve essere fondata su trasparenza, responsabilità e centralità dell'interesse pubblico, favorendo lo sviluppo di tecnologie sostenibili e l'accesso equo alle innovazioni.

L'ecosistema dell'innovazione deve essere guidato da principi chiari e condivisi: equità nell'accesso, sostenibilità economica nel medio-lungo periodo, centralità della persona, integrazione con i percorsi assistenziali territoriali e valutazione continua degli esiti clinici. L'innovazione non può essere considerata un costo aggiuntivo, ma un investimento strategico in salute e sostenibilità futura.



Il diabete può diventare il laboratorio più avanzato di innovazione responsabile nel sistema sanitario italiano. Se governato con visione strategica, l'ecosistema della ricerca e dell'innovazione potrà contribuire in modo decisivo a migliorare qualità dell'assistenza, ridurre le complicanze, contenere la spesa sanitaria e rafforzare l'equità territoriale.

La sfida del triennio 2026–2028 consiste nel consolidare un sistema in cui ricerca, regolazione, accesso e sostenibilità procedano in modo coordinato, affinché il progresso scientifico si traduca in benefici concreti e misurabili per tutte le persone con diabete, indipendentemente dal territorio di residenza o dalla condizione socio-economica.

IL RUOLO DELLA FeSDI NELLA COSTRUZIONE DI UNA VISIONE MODERNA DELL'ASSISTENZA DIABETOLOGICA

La FeSDI – Federazione delle Società Diabetologiche Italiane – rappresenta oggi il principale attore di sintesi, indirizzo e coordinamento nella costruzione di una visione moderna dell'assistenza diabetologica nel nostro Paese. In un contesto caratterizzato da crescente complessità organizzativa, frammentazione territoriale e rapido avanzamento dell'innovazione scientifica e tecnologica, la funzione di raccordo svolta dalla Federazione assume un valore strategico per l'intero sistema sanitario.

La diabetologia italiana si è sviluppata nel tempo attraverso un patrimonio scientifico e clinico di altissimo livello, grazie al contributo delle società scientifiche, dei professionisti e delle istituzioni. Tuttavia, la presenza di competenze eccellenti non è di per sé sufficiente a garantire omogeneità organizzativa e coerenza strategica. In assenza di un coordinamento strutturato, il rischio è quello di una pluralità di modelli territoriali non armonizzati, con conseguente ampliamento delle diseguaglianze nell'accesso alle cure.

In questo scenario, FeSDI ha svolto un ruolo determinante nel promuovere una visione unitaria della diabetologia italiana, superando logiche settoriali e favorendo un approccio integrato e sistemico. La Federazione ha contribuito a:

- rafforzare l'identità della rete diabetologica come infrastruttura clinica nazionale;



- definire in modo chiaro e condiviso i ruoli professionali all'interno dei percorsi assistenziali;
- promuovere la strutturazione di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali armonizzati;
- sostenere l'integrazione tra specialistica, medicina generale e cure primarie;
- valorizzare il team multidisciplinare quale elemento centrale della presa in carico.

Particolare rilievo assume l'impegno di FeSDI nella costruzione di modelli organizzativi coerenti con un Chronic Care Model nazionale, fondato su continuità assistenziale, multidisciplinarietà e integrazione funzionale tra i diversi livelli di cura. In tale prospettiva, la Federazione non si limita a rappresentare la comunità scientifica, ma si configura come interlocutore istituzionale stabile, capace di contribuire alla definizione delle politiche pubbliche.

Attraverso gli Stati Generali sul Diabete 2026, FeSDI intende consolidare questo ruolo, proponendosi come piattaforma permanente di confronto tra istituzioni nazionali e regionali, professionisti sanitari, società scientifiche, associazioni dei pazienti, mondo accademico e attori dell'innovazione. L'obiettivo è costruire un'agenda condivisa per il triennio 2026–2028, fondata su integrazione, equità e sostenibilità.

La natura federativa di FeSDI rappresenta un elemento distintivo. Essa consente di coniugare pluralità di competenze e visione unitaria, favorendo una sintesi tra esigenze cliniche, organizzative e scientifiche. Tale posizione permette alla Federazione di svolgere una funzione di raccordo tra livello tecnico-scientifico e livello decisionale, contribuendo a trasformare le evidenze in orientamenti di policy.



In questo contesto, FeSDI si configura come motore della costruzione di una strategia nazionale condivisa, capace di orientare l'evoluzione dell'assistenza diabetologica italiana. Il ruolo della Federazione non si esaurisce nella promozione di linee guida o nell'organizzazione di momenti di confronto. Esso si estende alla definizione di standard qualitativi, alla promozione di indicatori di esito condivisi, al sostegno della ricerca clinica e alla valorizzazione dell'innovazione responsabile.

In una fase storica in cui il sistema sanitario è chiamato a misurarsi con vincoli economici, trasformazioni demografiche e crescente complessità tecnologica, la presenza di un soggetto capace di integrare competenze scientifiche e visione istituzionale rappresenta un fattore di stabilità e progresso.

La FeSDI, attraverso gli Stati Generali 2026, si propone dunque come garante di una visione moderna dell'assistenza diabetologica: una visione che riconosce la centralità della persona, promuove l'equità territoriale, integra innovazione e sostenibilità e consolida un Chronic Care Model nazionale coerente con i principi fondanti del Servizio Sanitario Nazionale.

Il successo della Strategia 2026–2028 dipenderà dalla capacità di tradurre questa visione in azioni concrete, misurabili e condivise. In tale percorso, FeSDI si candida a svolgere un ruolo di guida e coordinamento, contribuendo a fare del diabete non soltanto una priorità sanitaria, ma un modello di riforma organizzativa e innovazione responsabile per l'intero sistema delle cronicità.

Realizzato da Healthcare Ecosystem by Lastmile

**HEALTHCARE
ECOSYSTEMS**

Con il contributo di

