



Boston Consulting Group (BCG), nata nel 1963, è oggi leader della consulenza strategica, con più di 90 uffici in 50 paesi e oltre 30.000 professionisti. BCG è al fianco dei clienti in diversi settori e geografie per identificare insieme le opportunità a maggior valore aggiunto, affrontare le sfide critiche e aiutarli nella trasformazione del business.

Presente nel nostro Paese da oltre trent'anni, BCG Italia opera attraverso i due uffici di Milano e Roma ed è alla guida del Sistema EMC. BCG Italia annovera circa 65 specialisti dedicati al settore sanitario, tra cui clinici, consulenti e professionisti con esperienze in ambito digital health, pharmaeconomy, health financing oltre che 160 professionisti nella trasformazione digitale, attivi su iniziative di strategia, digitalizzazione, innovazione tecnologica e change management a supporto di Pubbliche Amministrazioni ed Enti del SSN.



ACISMOM – Associazione dei Cavalieri Italiani del Sovrano Militare Ordine di Malta è un ente di diritto pubblico fondato nel 1877 che coordina l'attività dei membri italiani dell'Ordine nel campo sociale e sanitario. Presente su tutto il territorio nazionale con ospedali, ambulatori e centri specialistici, ACISMOM gestisce una rete di Centri Diabetologici e si configura come leader nella gestione del diabete dagli anni '60, assistendo più di 50.000 pazienti sul territorio nazionale.



Università Campus Bio-Medico di Roma è un ateneo non statale che nasce nel 1993 con l'obiettivo di realizzare un progetto culturale capace di riproporre al centro delle scienze biomediche il valore della persona e l'unità dei saperi secondo l'idea di Università come comunità di studenti e docenti. Parte integrante di questo progetto è la collaborazione con il Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, nel quale si realizza per eccellenza la dimensione del servizio all'uomo.

Prefazione

Il diabete mellito rappresenta oggi una delle principali sfide per la sanità pubblica, non solo per la sua crescente diffusione, ma per la complessità clinica, organizzativa e sociale che lo caratterizza.

In un contesto in cui l'epidemiologia evidenzia un costante aumento dei casi e un impatto rilevante in termini di complicanze, costi e qualità della vita, emerge con forza la necessità di ripensare i modelli di presa in carico.

Storicamente, la gestione del paziente diabetico è stata spesso influenzata da un approccio riduttivo, centrato prevalentemente sul controllo dei parametri glicemici.

Questo orientamento, che potremmo definire **“glicemologico”**, ha contribuito a generare bias clinici e organizzativi, limitando la visione della malattia alla sola dimensione metabolica. Tale impostazione rischia di trascurare la natura sistemica del diabete, le sue interconnessioni cardio-reno-metaboliche, l'impatto psicologico e sociale, nonché le differenze individuali che condizionano l'aderenza e gli esiti delle cure.

La persona con diabete non è soltanto un insieme di valori di emoglobina glicata (HbA1c) o di target terapeutici da raggiungere, ma un individuo inserito in un contesto familiare, lavorativo e sociale, con bisogni clinici e assistenziali che evolvono nel tempo. Ignorare questa complessità significa esporsi al rischio di frammentazione dei percorsi, discontinuità assistenziale e mancato governo delle complicanze.

Superare l'approccio settoriale richiede quindi un cambio di paradigma: dall'attenzione esclusiva al dato clinico, alla costruzione di un **percorso integrato, personalizzato e multidisciplinare “patient centered”**. È necessario promuovere uno switch del care dei pazienti con diabete, che parta dalla valutazione socio-economica del paziente, che si proponga con un **“tailored approach”** attraverso una realistica valutazione e condivisione del piano di cura proposto, che tenga presente un eventuale supporto psicologico, oltre che una reale integrazione tra specialisti, medicina territoriale, infermieri e altri attori coinvolti nella gestione della cronicità.

In questo scenario si colloca l'esigenza di sviluppare un PDTA che non sia un mero documento formale, ma uno strumento operativo capace di tradurre le linee guida in processi concreti, misurabili e adattabili ai diversi contesti organizzativi.

Un modello che coniughi rigore clinico e sostenibilità gestionale, ponendo al centro il paziente e i suoi caregiver.

Il diabete accelera: anche i sistemi di cura devono farlo

Il diabete è una delle principali sfide di sanità pubblica del nostro tempo.

A livello globale, **589 milioni di adulti convivono con il diabete**.

Solo in Italia, oltre 4 milioni di persone ne sono affette, con una prevalenza in aumento dal 3,9% nel 2003 al 6,3% nel 2023.

La crescita è trainata dall'invecchiamento della popolazione, dall'obesità, dalla sedentarietà e dall'ampliarsi delle disuguaglianze socio-economiche.

La sfida, quindi, non è solo clinica, ma anche organizzativa.

In Italia, il diabete ha un impatto sulla **spesa sanitaria** stimata intorno a **11.2 miliardi di euro nel 2024**, circa il 10% della spesa complessiva.

L'impatto economico riguarda anche direttamente i pazienti. Dai dati ISTAT-IBDO, oltre il 40% dei diabetici riferisce difficoltà economiche connesse alla gestione della patologia, anche dei familiari e caregiver.

Un recente report italiano evidenzia che il valore economico delle ore di assistenza informale può essere stimato intorno al 2,5% del PIL dell'Unione Europea, cioè superiore alla spesa pubblica per l'assistenza in lungodegenza.

In questa prospettiva, alcune stime aggiornate suggeriscono che il **costo complessivo del diabete sul SSN possa avvicinarsi ai 40 miliardi di euro l'anno**.

La **prevenzione** è dunque un capitolo decisivo e ancora insufficiente in un sistema sanitario sempre più orientato alla sostenibilità.

Per rispondere in modo efficace, l'assistenza deve evolvere da interventi frammentati a modelli integrati, proattivi e orientati al valore.

Questa è l'ambizione alla base del Modello Operativo-PDTA implementato dai Centri di Diabetologia dell'Ordine di Malta.

Dalle linee guida al superamento dell'execution gap

Le indicazioni nazionali e internazionali per la cura del diabete spesso risultano frammentate, organizzate in più documenti non correlati tra loro e distinti per specifiche condizioni cliniche o variabili socio-demografiche della popolazione, offrendo una visione slegata del percorso di cura del diabetico e un riferimento puramente teorico per le organizzazioni.

Il modello dell'Ordine di Malta ricomponne il mosaico della sequenza delle prestazioni in un **percorso unico e multidisciplinare**, un vero e proprio viaggio nella gestione della malattia secondo una traiettoria guidata che accompagna il paziente e i propri caregiver lungo tutte le fasi.

L'innovazione del modello sta proprio nel colmare il divario tra linee guida e pratica clinica.

Anziché limitarsi alla produzione di un ulteriore documento programmatico, il modello riprogetta il Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale (PDTA) come un vero e proprio sistema operativo: integrando standard clinici, flussi di lavoro, ruoli, momenti decisionali, strumenti di monitoraggio e meccanismi di governance.

L'obiettivo è passare dal "cosa" dovrebbe essere fatto al "come" viene fatto "ogni giorno, per ogni paziente".

Un modello articolato attorno a quattro pilastri trasformativi



- 3 Successo del modello operativo-PDTA
- 2 Pilastri trasformativi del modello
 - Valore lungo l'intero percorso di cura
 - Prevenzione
 - Lavoro di squadra
 - Tecnologia e continuità assistenziale
- 1 Base del modello e fattori abilitanti

1. Generare valore lungo l'intero percorso di cura

Richiamando il framework della **catena del valore di Porter in sanità**, il modello parte da un principio chiave:

il valore non nasce dall'episodio clinico isolato, ma dalla sequenza coordinata e integrata di prestazioni erogate nel tempo, all'interno di un patient journey guidato in cui sono definiti chiaramente le fasi, gli attori, le tempistiche e le probabilità. Il paziente viene perciò seguito in una sequenza integrata di attività cliniche e organizzative. L'integrazione tra PDTA e Modello Operativo si configura come una dotazione imprescindibile, fornendo tutto il necessario al paziente e ai propri curanti per generare valore in termini di esiti, qualità della vita e sostenibilità.

2. Prevenzione come colonna portante dell'intero percorso

La prevenzione rappresenta l'architettura portante su cui si costruisce l'intero modello di cura, mirando a ridurre l'insorgenza e la progressione delle complicanze identificando le azioni concrete di prevenzione primaria e secondaria dell'organizzazione a supporto del territorio. Tra queste, **l'educazione terapeutica** diventa leva fondamentale per favorire l'aderenza alle cure e la responsabilizzazione del paziente, riducendo eventi acuti evitabili e migliorando l'efficienza complessiva del percorso. Questo si traduce in una presa in carico che non "aspetta" il peggioramento, ma programma, educa e responsabilizza il territorio e il sistema nel suo complesso per ridurre inerzia e attese.

3. Valorizzare il lavoro di squadra, ridisegnare i ruoli chiave e monitorare

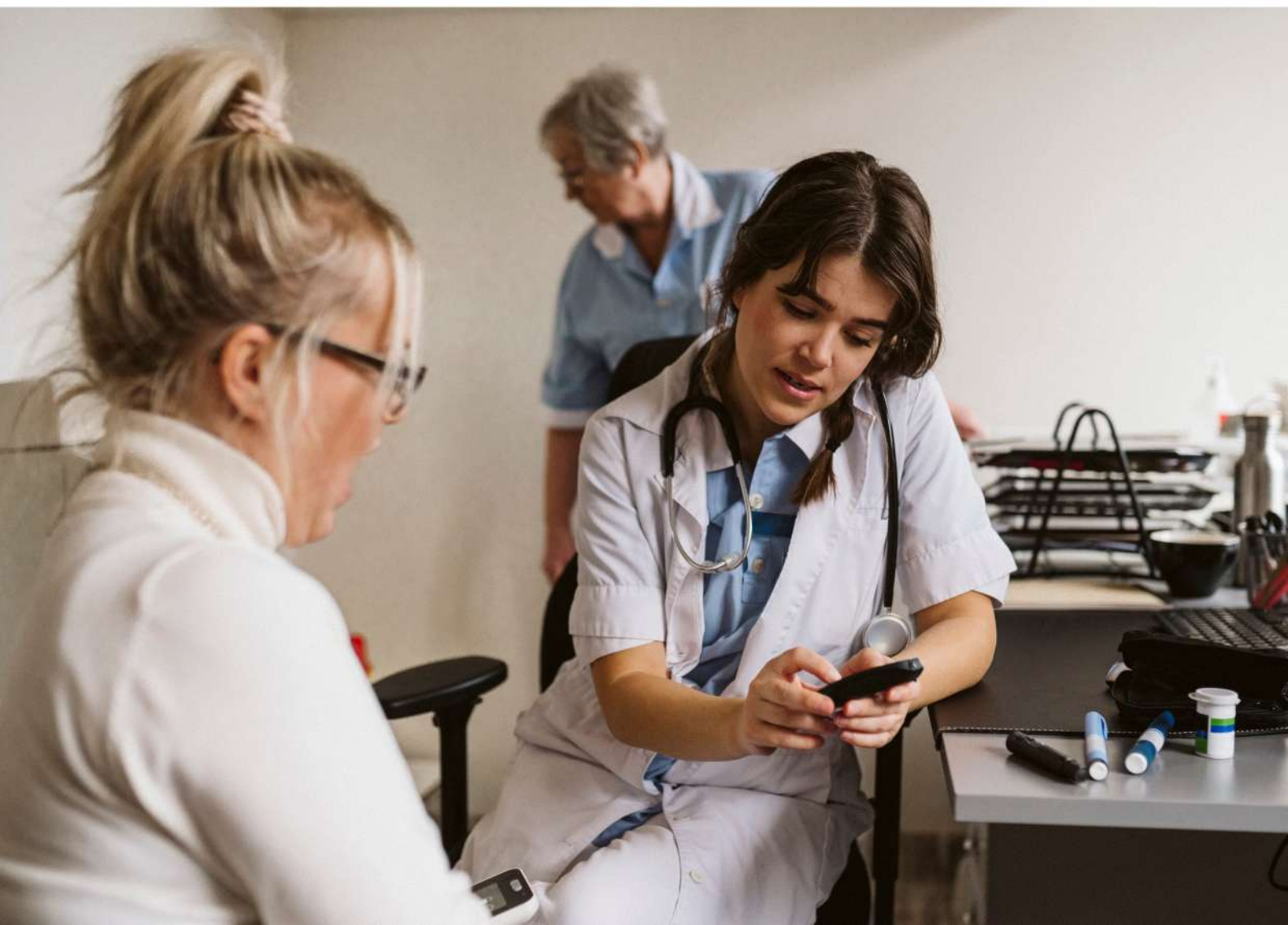
Un modello operativo è efficace solo quando le persone sono messe nelle condizioni di farlo funzionare. Per questo, la centralità del fattore umano rappresenta uno degli assi portanti dello stesso che, infatti, norma il **coinvolgimento attivo dei team clinici** e la ridefinizione dei ruoli all'interno del percorso di cura.

Il modello chiarisce così responsabilità e interazioni nelle varie fasi del percorso, oltre che l'interazione attiva e proattiva col personale amministrativo e la leadership.

Promuove, inoltre, la piena consapevolezza in termini di governance mediante l'introduzione di **meccanismi di controllo e supervisione**, quali indicatori di monitoraggio operativi e clinici. In questo modo, il modello diventa uno **strumento vivo**, capace di orientare l'azione clinica e organizzativa nel tempo in maniera flessibile e dinamica.

4. Integrare tecnologia e dati come abilitatori della continuità assistenziale

per dare una risposta ad uno dei gap più frequenti della gestione della cronicità, cioè la scarsità di momenti di contatto utili a sostenere empowerment, aderenza e continuità delle cure, il modello prevede **l'integrazione della tecnologia** sostanziale in tutti gli step di cura possibili, in accordo con le esigenze dell'organizzazione. In particolare, l'utilizzo di tecnologie di misurazione continua e monitoraggio da remoto della glicemia dei pazienti con Diabete di Tipo I e lo svolgimento di visite ambulatoriali in telemedicina per pazienti eleggibili, in gravidanza o affetti da obesità, dimostrano come l'innovazione tecnologica e digitale rappresentino fattori che abilitano una gestione sostenibile ed efficace della patologia cronica.



Dalla formalizzazione al cambiamento culturale: i primi risultati

Il modello non è rimasto solo teorico: a poche settimane dal lancio, nei centri pilota sono state avviate iniziative organizzative, culturali e comportamentali tra le quali:

- attivazione di uno **sportello telefonico dedicato presidiato da infermieri “nurse practitioners”, formati esclusivamente alla gestione della patologia del diabete;**
- agende specifiche e slot dedicati alla telemedicina per pazienti con diabete di tipo 1 portatori di microinfusori;
- rafforzamento del ruolo infermieristico, in particolare nell’educazione al paziente;
- creazione di “pillole” formative da diffondere sui canali aziendali e nelle sale d’attesa;

- iniziative di ingaggio e collaborazione attiva con i medici di medicina generale mediante la progettazione di momenti formativi gestiti direttamente dai diabetologi;

- avvio di percorsi strutturati di transizione dalla medicina territoriale al percorso ambulatoriale nei centri.

Questi primi passi confermano la **concretezza e l’attuabilità** del modello e la trasferibilità dell’approccio, superando ciò che spesso manca nei PDTA solo teorici: la capacità di trasformarsi rapidamente in flussi, agende, ruoli e strumenti che cambiano davvero l’esperienza di cura. Un modello che non si limita a dire “cosa sarebbe giusto”, ma rende verificabile “cosa sta succedendo” e “cosa migliorare”.



Dall'integrazione alla sistematizzazione: vantaggi concreti per pazienti e sistema sanitario

Nel tempo il paziente diabetico affronta molteplici snodi decisionali lungo il percorso di cura, la cui complessità dipende dalle complicanze, dalla chiarezza delle tappe, dal supporto assistenziale e dalla motivazione personale.

Il modello armonizza i processi, rendendoli applicabili nella pratica quotidiana, delineando una struttura di presa in carico olistica non più reattiva, ma **attiva e proattiva, personalizzata e collaborativa, guidata**.

Il modello, quindi, integra in modo operativo la gestione di tutte le fasi del percorso del paziente con un vero e proprio approccio cardio-reno-metabolico, includendo anche aspetti che impattano la qualità di vita e la gestione quotidiana (dimensione psicologica, disabilità, bisogni sociali, ecc.).

Numerosi studi clinici dimostrano che un sistema organizzativo di cure integrate migliora l'accessibilità a cure innovative e alle tecnologie, oltre che ai professionisti, migliorando l'aderenza alla terapia e la gestione della patologia da parte del paziente. Ciò può generare una **riduzione fino al 56,6%** del rischio di eventi cardiovascolari maggiori, una **riduzione dell'11,9%** delle complicanze microvascolari e **del 66% della mortalità** rispetto alle cure usuali.

In questa logica rientra il tema, cruciale per il SSN, della sostenibilità dell'innovazione e delle patologie croniche: tecnologie e nuove terapie possono essere straordinariamente efficaci, ma rischiano di non produrre valore se il sistema non è in grado di assorbirle. L'evidenza italiana più direttamente orientata ai fattori economici indica che l'implementazione di "buone pratiche clinico-organizzative" (diagnosi più precoce, terapia appropriata, monitoraggio e presa in carico integrata) può tradursi in riduzioni di costo su scala SSN: una scenario analysis suggerisce che il SSN potrebbe ridurre i costi diretti di **€340–€980 milioni/anno**.

In questo senso, il modello affronta in modo operativo un tema cruciale per il sistema sanitario: la gestione delle competenze e delle specialità "non disponibili in casa": cosa succede quando serve uno specialista non presente?

Il modello formalizza la necessità di **collaborazioni tra centri** e di **convenzioni col territorio**, e spinge verso soluzioni operative e concrete che evitino al paziente la frammentazione "fai-da-te".

È infatti nella fase di approfondimento presso centri diversi da quello di riferimento, che spesso il paziente si perde, abbandona il percorso strutturato di cura e il sistema accumula inefficienza.



Uno sguardo al futuro: un modello scalabile e applicabile alle patologie croniche

Sebbene indirizzato a Centri di Diabetologia, la **vera innovazione del modello risiede nel suo metodo**: un approccio che integra clinica e organizzazione, linee guida e contesto, misurazione degli esiti e miglioramento continuo, calando gli standard of care nei servizi, nelle singole esigenze dei centri e sui bisogni clinici del paziente. Proprio questa caratteristica lo rende trasferibile ad altre patologie croniche, ampliandone il potenziale impatto oltre l'ambito specifico del diabete.

Il potenziale di replicabilità del modello dal diabete verso altri modelli di cronicità, di cui un primo punto di partenza potrebbe essere rappresentato dall'obesità, discende dall'aver dimostrato che un PDTA può essere insieme **cl clinicamente rigoroso e organizzativamente eseguibile**.

Uno dei principali fattori abilitanti per la piena applicabilità è la capacità di **superare l'“inerzia”** determinata dalla incapacità evolutiva del sistema.

Ulteriori elementi abilitanti sono rappresentati da: **sponsorizzazione e supporto attivo** del modello da parte di leadership e management; **personalizzazione** sulle specificità delle singole organizzazioni; **misurazione** delle performance e della **soddisfazione** del paziente tramite monitoraggi continuativi dell'esperienza del paziente.

Una questione strategica

L'aumento della cronicità, la pressione sui bilanci pubblici e l'accelerazione dell'innovazione terapeutica rendono la riprogettazione organizzativa una priorità strategica.

Le organizzazioni sanitarie investono molto in farmaci, tecnologie e aggiornamento clinico. Molto meno nella progettazione dei modelli operativi e nei percorsi dei pazienti.

Eppure è proprio l'architettura organizzativa a determinare se l'innovazione si tradurrà in valore.

La sostenibilità della cronicità dipenderà in parte dalla scoperta di nuove terapie, ma molto anche dalla capacità delle organizzazioni di progettare sistemi che le rendano effettivamente accessibili, integrate e monitorabili.

E' per capacità e responsabilità organizzative che l'innovazione clinica fallisce nella gestione della cronicità.

L'eccellenza clinica è condizione necessaria.

L'architettura organizzativa è condizione decisiva.

Finché non affronteremo con la stessa attenzione entrambe le dimensioni, il divario tra progresso scientifico e risultati reali continuerà a persistere.

Autori:

Edoardo Bellomo

Direttore Generale, Associazione dei Cavalieri Italiani del Sovrano Militare Ordine di Malta

Alessandra Catozzella

Managing Director & Partner Healthcare & Public Sector, Boston Consulting Group

Stefano Cazzaniga

Managing Director & Partner Healthcare, Boston Consulting Group

Vincenzo Cimino

Medico Specialista in Endocrinologia e Malattie del Metabolismo
dell'Ospedale Fatebenefratelli Oftalmico

Alessandra Di Flaviani

Responsabile Sanitario del Centro Diabetologico Roma Togliatti,
Associazione dei Cavalieri Italiani del Sovrano Militare Ordine di Malta

Ben Horner

Managing Director & Partner, Boston Consulting Group

Maria Lucia Leone

Consultant Healthcare & Public Sector, Boston Consulting Group

Nicola Napoli

Professore Ordinario di Endocrinologia, Direttore Patologie osteo-metaboliche e della tiroide,
Membro Comitato Scientifico, Direttore Unità di Ricerca Endocrinologia e Diabetologia
Università Campus Bio-Medico di Roma, Fondazione Policlinico Universitario Campus Biomedico

Imma Ottaiano

Consultant Healthcare & Public Sector, Boston Consulting Group

Tommasangelo Petitti

Direttore Sanitario Associazione dei Cavalieri Italiani del Sovrano Militare Ordine di Malta;
Professore Associato in Igiene – Università Campus BioMedico di Roma

Daniela Poli

Partner Healthcare & Public Sector, Boston Consulting Group

Lorenzo Positano

Managing Director & Partner Healthcare, Boston Consulting Group

Con il contributo non condizionato di Novo Nordisk

